

UNIVERSITETET I
NORDLAND

Omsorg for terminale pasienter

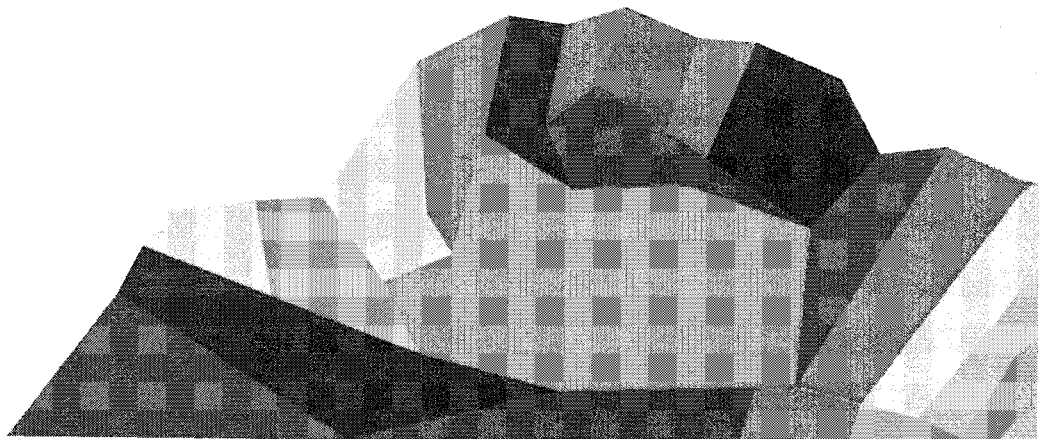
Kurskode: SY 180 H

Dato: 28.04.11

Kandidatnr.: 11 og 107

Antall ord: 9056

[Johansen, Tone Helen
Stien, Lene Buskli]



Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	i
1.0 INNLEDNING	1
1.1 Temaet "Omsorg for terminale pasienter"	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensing og presisering av problemstillingen.....	2
1.4 Oppgavens oppbygging.....	4
2.0 METODE	5
2.1 Litteraturstudie som metode.....	5
2.4 Litteratur og kildekritikk	7
2.5 Etikk	8
3.0 TEORI.....	10
3.1 Nonverbal kommunikasjon	10
3.2 Omsorg – å inngå i relasjoner	13
4.0 DRØFTING	18
4.1 Å sanse den terminale pasients uttrykk.....	18
4.2 Relasjonsbygging med den terminale pasient	21
5.0 AVSLUTNING	26
Litteraturliste	28

1.0 INNLEDNING

1.1 Temaet "Omsorg for terminale pasienter"

Antallet eldre mennesker vil øke i årene fremover. Det anslås at frem til år 2050 vil antallet personer over 65 år i Europa øke med 64%, at antallet personer over 80 år med 100%, og at antallet 90- og 100-åringer vil mer enn tidobles. (Østby 2004). I følge SSB (statistisk sentralbyrå) skjer 36 prosent av dødsfallene nå på sykehus, og 43 prosent i pleie- og omsorgsinstitusjoner. Slik vi ser det vil antall terminale pasienter øke som følge av dette både på sykehus og i pleie- og omsorgsinstitusjoner. Derfor mener vi at det er viktig at helsepersonell har nødvendig kunnskap og kompetanse til å kunne skape en god relasjon med den terminale pasient, gjennom kommunikasjon og det å forstå pasientens situasjon.

Temaet for denne oppgaven er "Omsorg for terminale pasienter". Bakgrunnen for at vi har valgt dette tema er basert på egne opplevelser fra praksis. Opplevelsen gikk ut på at vi fikk i oppgave å stelle en terminal pasient på egenhånd, da det var tidsnød på avdelingen. Da vi kom inn på rommet til pasienten gikk vi forsiktig mot sengen samtidig som vi observerte om pasienten registrerte at vi kom inn. Vi ble stående litt ved sengekanten og så på pasienten som hadde et fredfullt uttrykk i ansiktet med øynene lukket uten å virke smertepåvirket. Vi følte oss usikker på hvordan vi skulle gripe an stellet da pasienten hadde dette fredfulle uttrykket, men strøk han forsiktig på hånden og fortalte at vi skulle utføre et kroppsstell. Pasienten reagerte ikke på det vi sa, verken i form av ansiktsuttrykk eller forandring i respirasjon. Vi gjorde de nødvendige forberedelsene til stellet og vridde opp en vaskeklut i, noe vi selv følte var, behagelig temperert vann. Under hele stellet snakket vi rolig til pasienten og fortalte hva vi gjorde underveis, slik vi ville gjort til enhver pasient. Ved vending av pasienten var vi oppmerksomme på respirasjonen og tok generelt nødvendige etiske hensyn, som for eksempel skjerming for å ivareta pasientens verdighet.

Vi var usikker på om det vi gjorde under stellet var rett for pasienten. Vi var usikre på hvordan vi burde kommunisere med pasienten. Vi var også usikre på hvordan vi skulle sanse og tolke pasientens signaler. Det vi følte var forskjellen mellom pasientene som kan uttrykke

seg godt – gjennom språk og kroppsuttrykk – og den terminale pasienten, var at det var utfordrende å tolke den terminale pasients kroppsspråk i forhold til stellet. Pasienten hadde ikke et blick vi kunne tolke, en stemme vi kunne høre eller kroppsbevegelser som vi kunne lese. Noe en pasient som kan uttrykke seg godt og gjøre seg forstått ville ha hatt. Det var utfordrende å ikke få tilbakemelding fra pasienten på det vi gjorde, for eksempel om det var rett temperatur på vannet eller om det var kaldt i rommet, det var også utfordrende og tolke om pasienten gav uttrykk for ubehag eller velvære både under stell og ved vending og tilrettelegging av sengeleie. Vi tenker at de fleste som ikke har erfaring med stell av terminale pasienter kanskje vil ha de samme følelsene som vi hadde i situasjonen. Derfor er hensikten med oppgaven å sette fokus på hvordan vi skaper en relasjon med terminale pasienter som det kan være utfordrende å sanse kroppsspråket til.

1.2 Problemstilling

”Hvordan sanse pasientens uttrykk for å kunne skape en relasjon?”.

1.3 Avgrensing og presisering av problemstillingen

For å avgrense oppgaven har vi valgt å forholde oss til voksne terminale pasienter ved en somatisk sengepost, da det er en slik sengepost vi har opplevd å møte de aktuelle pasientene i. Begrepet terminal betyr egentlig siste stadium, slutfasen eller det som hører slutten til. Om denne fasen brukes også begrepet døende, som har sin berettigelse når vi omtaler en pasient med klinisk observerbare forandringer som er fysiologiske. Slike forandringer kan for eksempel være uregelmessig, overfladisk respirasjon, blodsirkulasjon som er synlig nedsatt eller at urinproduksjonen har opphørt (Mathisen 2005). Å vite når en pasient er døende er ikke alltid like enkelt, men noen grunnleggende forutsetninger som viser at en pasient er døende er at; pasienten er tiltakende sengeliggende og ekstremt svekket, pasienten er tiltakende forvirret eller bevisstløs, pasienten blir mindre interessert i mat og drikke, pasienten viser avtakende interesse for sine omgivelser og at pasienten utsettes for en eller flere livstruende komplikasjoner (Husebø og Husebø 2003). Vi har valgt å ikke knytte oss opp mot en bestemt

type diagnose, sykdom eller lidelse, men generelt til terminale pasienter. Den terminale fasen er individuell fra pasient til pasient, men vi avgrenser oss til de pasientene som er sengeliggende, svært svekket og bevisstløs - pasienten åpner øynene for oss når vi snakker til ham, men er for svekket til å kommunisere tilbake med språk.

Vi har også valgt å avgrense oss til kroppsstell, fordi det er i forhold til akkurat dette vi har opplevelser fra. Derfor har vi avgrenset oss til å fokusere på hvordan vi skaper en relasjon med pasienten under selve stellesituasjonen. Videre har vi valgt å se de terminale pasientene ut i fra et holistisk menneskesyn fordi vi mener at vi i stellesituasjonen ikke kan behandle den terminale pasienten som et objekt. Den holistiske tilnærmingen innebærer at en må betrakte pasientene som likeverdige samarbeidspartnere og medmennesker når problemene deres som er helsemessige skal løses. Holisme betyr helhetsforståelse. Det er en livsoppfatning som innebærer at en må tilgodese alle deler av menneskets natur. Enhver del inngår som en bestanddel i følge holistisk tankegang, der hver enkelt del er forbundet med de andre delene igjennom helheten – at alt henger gjensidig sammen (Brinchmann 2008).

Vi ønsker å få frem hvordan vi som helsepersonell, gjennom å sanse pasientens uttrykk, kan skape en relasjon med pasienten i det praktiske arbeidet. Derfor har vi valgt å støtte oss til sykepleierteoretikeren Kari Martinsen i vår oppgave. Dette er i hovedsak fordi hun blant annet skriver at omsorg har med fellesskap og solidaritet med andre mennesker og er en sosial relasjon. Hun sier omsorg gir forståelse for andre. Denne forståelsen gir oss en tilegnet erfaring, og gir oss forståelse for pasientens situasjon gjennom måten han forholder seg (Martinsen 1989). Ut i fra de opplevelsene vi har hatt i forbindelse med stell av terminale pasienter, føler vi at Martinsen kan gi oss noen svar på det vi ønsker å vite i forhold til hvordan vi kan skape en relasjon med den terminale pasient. I etterkant av den aktuelle situasjonen har vi lært både gjennom litteratur og observasjon at sansing, stemmebruk, kroppskontakt og tilrettelegging er viktige faktorer for å skape en relasjon med den terminale under et stell.

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven starter med innledning hvor vi presenterer oppgavens problemstilling, hensikten med oppgaven og hvordan vi har valgt å presisere og avgrense problemstillingen. Deretter presenterer vi metodedel og valg av metode. Her viser vi også til søkeord og databaser som er brukt. Vi presenterer forskningsartikler vi har brukt i tillegg til at vi tar kilder og litteratur opp til kritikk. Teoridelen inneholder sykepleieteori samt stoff om nonverbal kommunikasjon, som vi finner relevant i forhold til problemstillingen. Videre følger drøftingsdel der vi tolker og analyserer forskningsresultat, sammenligner, belyser og løfter fram det vi har funnet i teorien og i forhold til våre opplevelser og erfaringer. Til slutt har vi en avslutning hvor vi løfter fram hovedbudskapet i oppgaven.

2.0 METODE

Begrepene metode og vitenskap henger nøye sammen. Metoden hjelper oss til å samle inn data og er det redskapet vi bruker når vi prøver å finne og etterprøve ny kunnskap. Begrepet metode blir definert av Dalland som en framgangsmåte for å frambringe kunnskap eller for å etterprøve påstander som framsettes med et krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Det blir innenfor samfunnsvitenskapen gjerne skilt mellom kvantitative og kvalitative metoder. Begge tar sikte på å øke forståelsen av samfunnet vårt og hvordan hvert enkelt menneske, hver gruppe og institusjoner handler og samhandler, men de kvalitative metodene sikter i større grad til å fange opp meninger og opplevelser som ikke er målbare og som ikke kan tallfestes (Dalland 2007).

Vi har valgt en kvalitativ metode med hermeneutisk tilnærming i oppgaven vår. Kvalitativ metode da vi er ute etter å finne litteratur som går i dybden, som gir oss en nærhet til feltet og får frem det som er spesielt, eventuelt avvikende og den innsamlede data viser sammenheng og helhet. Hermeneutisk tilnærming, fordi vi ønsker å bruke en tilnærming som ser mennesket som en helhet. I følge Dalland (2007) betyr hermeneutikk fortolkningslære, som er et forsøk på å finne klarhet i noe som er uklart eller en underliggende mening. Videre sier han at den hermeneutiske tenkningen går ut på at vi må se mennesket som en helhet som er sammensatt av flere deler av opplevelse. Av felles innhold knyttes disse delene sammen til en helhet og utgjør en opplevelse eller en erfaring gjennom et helt liv (Dalland 2007).

2.1 Litteraturstudie som metode

For å belyse vår problemstilling har vi valgt litteraturstudium som kvalitativ metode for å innhente data. Vi har brukt denne metoden for å finne ut hva som står i litteraturen fra før om det aktuelle temaet. Vi mener denne litteraturstudien kan bidra til å få en bedre forståelse og øke kunnskapsnivået rundt hvordan man skaper en relasjon med den terminale, da vi selv følte det var utfordrende å tolke pasientens uttrykk gjennom stellesituasjonen.

Det å bruke litteraturstudie som metode, vil si at vi benytter oss av litteratur som allerede eksisterer om det aktuelle temaet. Tranøy (1986) skriver at vi alltid har fordommer eller vår førforståelse med oss inn i en undersøkelse. Han definerer en fordom som en dom på forhånd, at vi har en mening om et fenomen allerede før vi undersøker det. Han sier at vi kan prøve å møte et fenomen så forutsetningsløst som mulig, men at vi ikke kan unngå å ha tanker om det – altså en førforståelse. Det vi opplever som utfordrende ved å bruke denne metoden, er at det er utfordrende å innhente relevant litteratur. Det er skrevet mye om terminale kreftpasienter og i den forbindelse om palliativ omsorg, men ellers svært lite om terminale pasienter. Dette er det også flere forfattere som har påpekt gjennom den litteraturen vi har lest. Det vi har fokusert på er litteratur som omhandler terminale pasienter både ved sykehus og sykehjem, da vi har funnet lite men svært enig litteratur om emnet.

Vi har også innhentet omsorgsteori og teori om nonverbal kommunikasjon. Dalland beskriver teorier som redskaper som blir brukt til å utvikle innsikten vår og til å angi det perspektivet vi arbeider innenfor (Dalland 2007). Vi vil bruke teorien til å få en forståelse av relasjonen mellom hjelper og den terminale pasient, da vi selv følte det var utfordrende å sanse pasientens uttrykk i stellesituasjonen. Vi vil bruke teorien om nonverbal kommunikasjon til å få en større forståelse av hva dette språket innebærer. Både for hvordan vi som helsepersonell uttrykker oss overfor pasienten og for hvordan vi kan sanse den terminale pasientens uttrykk for å kunne skape en god relasjon.

Ordene vi har brukt når vi har søkt litteratur på internett er følgende:

Nøkkelord på norsk	Synonymer på norsk	Nøkkelord på engelsk	Synonymer på engelsk
<i>Terminal</i>	Dødsleie Døende Dødssyk Siste stadium Ligger for døden Slutten av livet	Terminal	Dying Terminally ill Fatally ill Mortally ill

<i>Omsorg</i>	Å bry seg Omhu Gi omsorg Omtanke Sørge for	Care	Caring Consideration Provide care Daily care Take care of Show concideration for someone Care for
<i>Livets slutt</i>		The end of life	
<i>Sykepleie</i>		Nursing	
<i>Relasjon</i>		Relation	

Vi har brukt Idunn, Norart, Google Scholar, ProQuest Nursing+Medical Journals og SveMed+ som søkemotorer når vi har søkt litteratur på internett, og har funnet artikler gjennom Google Scholar og SveMed+.

2.4 Litteratur- og kildekritikk

Vi har i oppgavebesvarelsen først og fremst brukt primærlitteratur, men også noe sekundærlitteratur. Primærlitteratur vil si at forfatteren har presentert sitt eget forskningsarbeid, mens sekundærlitteratur er tolkning av andres arbeider (Kilvik og Lamøy 2005). Vi har brukt sekundær litteratur gjennom å bruke forfatterne Austgard og Kristoffersen. De trekker ut essensen av Kari Martinsens omsorgsteori slik at vi lettere får en forståelse av det hun skriver om. De forenkler det hun skriver om ved å bruke enklere ord og knytter teorien opp mot eksempler i praksis slik Austgard gjør.. Det vi også må være oppmerksom på er at data man finner kan være usann eller unøyaktig. Derfor må man være kritisk i valg av kilder.

Vi har brukt både litteratur fra pensum som vi har funnet gjennom å bruke universitetets studieplan og selvvalgt litteratur som vi har funnet gjennom bruk av søkebasen. Vi har funnet

to forskningsartikler gjennom bruk av søkebasert på nettet. Den ene er en britisk forskningsartikkel fra 2003 som vi fant i tidsskriftet "Journal of Advanced Nursing" som avdekker hvordan en gruppe nyutdannede sykepleiere opplevde det å pleie døende pasienter. Hvor målet var å bygge en teori på hvordan sykepleiere kan ivareta og gi kvalitetsomsorg til døende pasienter i sykehus. Vi finner artikkelen god og relevant, da den får frem egne opplevelser og tanker rundt terminal pleie hos sykepleiere. Blant annet kom det frem "det personlige ukjente", som var når sykepleierne møtte noe utenfor sin egen kunnskap og/eller erfaring (Hopkinson mfl. 2003). Den andre forskningsartikkelen er en svensk studie fra 1998 som vi har hentet fra tidsskriftet "Nordisk Medicin". Artikkelen har som mål å analysere leger og sykepleieres opplevelser av møtet med den døende pasient. Her er ulike sykepleiere fra Sverige, Norge og Danmark blitt intervjuet, hvor de har fortalt om sine erfaringer og hva det innebærer for dem å arbeide med døende pasienter. Vi finner artikkelen relevant, da den løfter fram at for at pasienten skal oppleve trygghet, må personalet være trygg seg på selv og sin kompetanse – hvor både verbal- og nonverbal kommunikasjon er viktig (Hagström 1998). Artiklene er skrevet på svensk og engelsk. Det som er ulempen med fremmedspråklige forskningsartikler er at vi må oversette dem før bruk, slik at det i verste fall kan oppstå mistolking. Vi har brukt nøyaktige kildehenvisninger i oppgaven slik Dalland (2007) foreslår, og vi har markert den selvvalgte litteraturen med stjerne i litteraturlisten. Vi må heller ikke glemme at vi også er kilder, der vårt bidrag er våre erfaringer med den terminale pasient.

2.5 Etikk

I følge Dalland (2007) dreier etikken seg om normene for livsførsel som er god og riktig. Etikken skal, i følge ham, gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi tar et vanskelig valg. Han sier at vi bør stille oss et spørsmål om hvem som kan ha nytte av det vi prøver å finne. I denne litteraturstudien har vi funnet frem til at det er helsepersonellet som har med pleien av terminale pasienter, som kan ha nytte av det vi prøver å fremskaffe. Det vi tror vi kan bidra med for disse menneskene, er å løfte fram det som er viktig i forhold til det å sanse pasientens uttrykk for å kunne skape en relasjon. Dette kan gi helsepersonellet en trygghet i det de gjør, og bevisstgjøre dem på ulike aspekter ved det å sanse og å skape en relasjon som de kanskje ikke var klar over. Men som Dalland sier, er det nok den som gjennomfører studiet, som har mest igjen for arbeidet (Dalland 2007). Vi tenker at den som har gjennomført

studiet kanskje kan sitte igjen med en større forståelse enn leserne, da han har lest igjennom en mengde litteratur for å komme frem til det som er relevant. For at resultatene, kildene og litteraturen vi har brukt ikke blir misbrukt, må vi være tro mot kildehenvisningen og ikke formidle noe annet enn det forfatterne har skrevet.

3.0 TEORI

For å få en forståelse av relasjonen har vi valgt å skrive om nonverbal kommunikasjon og om omsorgsteori. Nonverbal kommunikasjon fordi det er dette språket som kommer til uttrykk hos den terminale pasienten, da han ikke har tale eller et tydelig kroppsspråk å tolke. Kari Martinsen fordi hun skriver om relasjoner mellom helsepersonell og pasient og hvordan vi forholder oss til hverandre i det praktiske dagligliv. Hun påpeker også viktigheten av hvordan vi sanser den nonverbale kommunikasjonen hos pasienten.

3.1 Nonverbal kommunikasjon

Nonverbal kommunikasjon er et responderende språk – det vil si at en viser at man ser og forstår. Det forteller oss noe om relasjonen mellom begge parter i en dialog og kan være alt fra en vennlig stemme, et spontant smil, en bekymret rynke til et utålmodig kremt. Det er noe som formidler noe til den andre, ofte tydeligere og mer direkte enn ved bruk av mange ord. Det er viktig å kunne lytte aktivt til den andres nonverbale språk slik at vi kan oppfatte den informasjonen som kommer nonverbalt til uttrykk og som er viktig om vedkommende (Eide & Eide 2007). I studien til Hagström mfl. sier at det er viktig å ha kompetanse om både verbal- og nonverbal kommunikasjon. De sier at for at pasienten skal føle seg trygg, må personalet føle seg trygg på seg selv og sin kompetanse (Hagström mfl. 1998). I stellesituasjonen med den terminale pasienten hadde vi ikke et verbalt språk å forholde oss til, og dermed måtte vi følge nøye med pasientens nonverbale språk for å få en slags bekreftelse på det vi gjorde og om pasienten følte ubehag eller smerter. Den viktigste funksjonen ved bruk av nonverbal kommunikasjon kan være å møte den andre på en bekreftende, bestyrkende og oppmuntrende måte. På denne måten kan den nonverbale kommunikasjonen brukes som et hjelpemiddel til å motivere, bygge opp en relasjon og stimulere den andre til å så godt som mulig bruke sine egne ressurser. Uansett hvilke pasienter vi har med å gjøre vil nonverbal, bekreftende kommunikasjon bidra til å bygge opp motivasjon, trygghet og tillit (Eide & Eide 2007).

Det første vi gjorde da vi kom inn på rommet til den terminale pasienten, var å observere ansiktsuttrykket hans. Det å observere pasientens ansiktsuttrykk er et viktig hjelpemiddel til å innhente informasjon om følelsene og reaksjonene som vi ellers ikke ville fått tak i. Dersom vi for eksempel møter et stramt ansikt med sammenbittede tenner vil vi skjønne at det er noe som er galt og at pasienten holder noe tilbake. (Eide & Eide 2007). Da vi stelte pasienten, observerte vi ansiktsuttrykket hans for å kunne oppfatte uttrykk han eventuelt måtte signalisere. Vi så for eksempel etter om han rynket på pannen, da det kan tolkes som ubehag eller smerte. Hjelperens ansiktsuttrykk er også et viktig redskap i kommunikasjonen. Det kan i mange tilfeller fortelle mer enn man i visse situasjoner ønsker å formidle. Ansiktsuttrykket til hjelperen blir observert og fortolket av pasienten, enten bevisst eller ubevisst. Derfor er det viktig at en som hjelper er bevisst sine egne reaksjoner og hvordan de uttrykkes. Slik kan man følge opp egne nonverbale signaler verbalt når det er nødvendig for at pasienten skal forstå budskapet. Det er ikke et mål å smile og være vennlig hele tiden, men at man lar ansiktsuttrykket være naturlig og at man formidler vennlighet og en positiv innstilling. (Eide & Eide 2007).

Siden pasienten lå med øynene lukket og vi ikke fikk øyekontakt med ham, gjorde det vanskelig å tolke ham – vi fikk ikke oppfattet de signalene som blikket uttrykker. Eide & Eide (2007) sier at det er et allmennmenneskelig og grunnleggende behov å bli sett, både i bokstavelig og overført betydning. Man uttrykker holdninger, følelser og oppmerksomhet for pasienten gjennom blikket, samtidig som det kan vekke følelser og reaksjoner. Dersom man er bevisst på sitt eget blikk kan det bidra til at man greier å kommunisere nonverbalt mer i overensstemmelse med det man ønsker. Pasienter er ofte i en situasjon som oppleves usikker. De føler seg sårbare og har behov for å beskytte seg. Det er derfor viktig å være naturlig og henvendt gjennom øyekontakten uten at pasienten skal oppleve det som påtrengende observasjon. Kroppsspråket og ansiktet vil også avgjøre hvordan pasienten opplever blikket – vennlig og oppmerksomt eller motsatt (Eide & Eide 2007).

Som ansiktsuttrykket er kroppsspråket et uttrykk for følelser og holdninger, det er en viktig del av vår kommunikasjon med andre (Eide & Eide 2007). Pasienten hadde svært svekket kroppsspråk slik vi så det, og bevegde ikke selve kroppen slik at vi kunne sanse det han eventuelt måtte gi uttrykk for. Eide & Eide sier at det er viktig at kroppsspråket bidrar til å

skape kontakt og trygghet i samtalsituasjoner. Det er samtidig viktig at det understøtter det som er hensikten med samtalen. For eksempel formidler man fortrolighet og trygghet dersom man sitter henvendt mot pasienten. Ofte er kroppens signaler små, men sammen med verbale signaler, øyekontakt og ansiktsuttrykk kan de påvirke kontaktsituasjonen. Kroppslig ro har også mye å si. Rastløse bevegelser overfører uro og usikkerhet til pasienten. Dersom hjelperen overfører rolige signaler, vil det få pasienten til å oppleve at hjelperen er interessert og vil slappe av og føle seg bedre til pass. Dette vil stimulere pasienten til å uttrykke seg videre og vil skape tillit i relasjonen (Eide & Eide 2007). Under stellet med den terminale pasient, tenker vi i forbindelse med dette at det er viktig at vi har en kroppslig ro og signaliserer trygghet til pasienten for å få ham til å føle seg mer komfortabel og avslappet. Under selve stellet brukte vi god tid med pasienten, noe vi følte var viktig i den situasjonen han var i og som igjen ga uttrykk for trygghet og ro.

Da vi stelte den terminale pasienten hadde vi en rolig og avslappet stemme, da det falt naturlig i situasjonen – vi følte sympati med pasienten, det var en rolig stemning i rommet og vi ønsket å formidle ro og trygghet. Eide & Eide sier at som kroppsholdning og ansiktsuttrykk kan stemmen også formidle ro eller uro, distraksjon eller oppmerksomhet. Det gjelder også med stemmen å spenne av og finne en form som er naturlig og henvendt. Dersom man gjør seg selv bevisst på hvordan man har en tendens til å endre stemmeleiet i visse situasjoner, eller til å slippe gjennom lite luft mens vi snakker, kan bidra til å hjelpe å finne en mer avslappet tone – da stemmens klang forteller mye om personen (Eide & Eide 2007). Vi brukte varsomme bevegelser når vi vaske pasienten med vaskekluten og når vi berørte pasienten generelt. Vi følte sympati og omsorg overfor pasienten, og det var det vi uttrykte gjennom berøringen av ham. En del av den daglige omsorgen for pasienter er berøring i følge Eide & Eide, og det kan være en sterkt ladet form for nonverbal kontakt. Sykepleier og pasient kan føres nærmere på kortere tid gjennom berøring, noe som særlig gjelder for alvorlig syke, pasienter med nedsatt sansevne og døende. Berøring har flere funksjoner. Det formidler kontakt, omsorg og sympati, det gjør pasienten oppmerksom på at vi vil innlede en samtale og det kan holde på oppmerksomheten under en samtale. Berøring vil også i mange tilfeller være en naturlig del av arbeidet, spesielt hvor fysisk stell er en vesentlig del av oppgaven (Eide & Eide 2007).

Det vi syns var utfordrende da vi stelte den terminale pasienten, var å vite om vi burde snakke til pasienten eller om vi burde være stille. Vi kunne for eksempel ha fortalt pasienten at vi skulle foreta stellet for så å utføre det i stillhet, eller vi kunne ha gjort det slik vi gjorde – å snakke med pasienten under hele stellet da vi følte vi burde forberede pasienten på det som skulle skje under stellet og at pasienten ikke skulle føle det som et overgrep. Stillhet kan i følge Eide & Eide brukes kommunikativt på flere måter. Det kan gi pasienten tid til å kjenne etter, reflektere over og bearbeide det som er sagt. Det kan også gi den som er hjelper tid til dette, samt å fortolke og finne ord som passer til det som er sagt og en vei å gå videre. Det kan gi pasienten både tid og rom til å kjenne på å dvele ved det som er ladet følelsesmessig sammen med den som er hjelper, dette er noe som ofte opplevdes som meningsfylt og bestyrkende. Det krever ofte bevisst tilbakeholdenhet fra hjelperen det å bruke stillhet og pauser aktivt – den som er hjelper må legge noe bånd på seg selv (Eide & Eide 2007).

3.2 Omsorg – å inngå i relasjoner

Vi har valgt å støtte oss til sykepleieteoretikeren Kari Martinsens omsorgsteori. Dette i hovedsak fordi hun skriver om at omsorg er å inngå i relasjoner, det har med hvordan vi forholder oss til hverandre i vårt praktiske dagligliv. Martinsen mener at omsorg handler om hvordan vi forholder oss til andre og hvordan vi viser omtanke for hverandre i det praktiske dagligliv (Martinsen 1989). Hun tar utgangspunkt i skapelsesfenomenologien til Løgstrup, en dansk filosof, som forutsetter at alt liv blir båret oppe av noen grunnleggende livsvilkår som er blitt gitt ved selve skapelsen. Disse livsvilkårene er grunnleggende for vår eksistens. Konkret betyr dette at vi ikke kan leve uten for eksempel tillit til og barmhjertighet for hverandre. Men dette er ikke noe mennesket utvikler, det er livsmuligheter som er blitt gitt oss og som er forutsetninger for våre liv. Disse livsvilkårene som er grunnleggende kan karakteriseres ved å være relasjonelle og moralske. Relasjonelle fordi de forutsetter andre mennesker – dersom tillit og barmhjertighet ikke realiseres i samvær med andre mennesker blir de bare tomme ord. Moralske fordi de har et innhold som er moralsk, vi kan ikke snakke om tillit eller barmhjertighet som er umoralsk. Livsvilkårene ligger der som tause forutsetninger for livene våre, men ytrer seg i omgangen vår med andre mennesker og kan derfor bare studeres i praksis. Martinsen analyserer livsvilkårene slik de blir uttrykt i sykepleien, der de fordrer omsorg i praksis. Når sykepleieren tolker uttrykket til pasienten i

praksis, bruker hun skjønn og fagkunnskaper (Austgard 2010). I studien til Hopkinson mfl. kommer det frem at de nyutdannede sykepleierne kunne møte situasjoner hvor det var ting som var utenfor deres kunnskap og/eller erfaring: ”det personlige ukjente”. Eller rett og slett menneskelig umulig å vite: ”det menneskelig ukjente”. De opplevde det vanskelig når de fant seg selv i en uforberedt situasjon, som de selv måtte finne en løsning på (Hopkinson mfl 2003). Omsorgsteorien sier at det finnes ingen fasit på hvordan ytringene skal tydes, men det læres gjennom erfaringer, klokskap og innsikt (Austgard 2010).

I sin omsorgsteori, deler hun omsorg inn i tre deler i sin omsorgsteori; det relasjonelle, det moralske og det praktiske (Martinsen 1989). Slik vi ser det inngår alle tre i relasjonen mellom pasient og hjelper, hvor det relasjonelle handler om hvordan vi forholder oss til pasienten, det praktiske handler om hvordan vi gjennom praktiske handlinger viser omsorg og forståelse, og det moralske handler om hvordan vi gjennom det praktiske er i relasjonen med pasienten. Omsorg er et relasjonelt begrep, da det har med nestekjærighet å gjøre – at vi handler mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss. Det handler om at vi bryter egosentrisiteten og går ut over oss selv og det er følelsen av stå noen andre nær. Omsorg er en sosial relasjon og forholdet mellom mennesker er her det som er det vesentlige (Martinsen 1989). Martinsen sier at det er den balanserte og generaliserte gjensidigheten som har med omsorg å gjøre. Disse omsorgsformene skilles ved at innenfor den balanserte gjensidigheten har vi ”omsorg for hverandre”, mens vi innenfor den generaliserte gjensidigheten har ”omsorg for andre”. Hun sier at ved balansert gjensidighet gir og mottar begge parter omsorg, og det er den vanlige omsorgsrelasjon mellom friske, voksne mennesker. Relasjonen er basert på likeverdige gi- og ta-forhold. Generalisert gjensidighet – altså omsorg for andre, er sentralt i omsorgsarbeidet. Det er i følge henne å ha omsorg for de medlemmene av samfunnet som ikke er selvhjulpne etter allment aksepterte samfunnsnormer. Omsorgsarbeid er å gi omsorg overfor mennesker som ikke er selvhjulpne, for eksempel barn, syke, eldre og funksjonshemmede. Velferden til disse gruppene er avhengige av at noen har omsorg for andre (Martinsen 1989)

Tillit er en fundamental verdi i sykepleierens omsorg. Det er noe som alle mennesker møter hverandre med i en relasjon. Det å vise tillit, vil si at en utleverer seg og ”våger seg frem” for å bli imøtekommet. Tilliten er elementær i vår holdning til den andre, gjennom blikk, stemmen og berøring. Studien til Hagstöm mfl. (1998) avdekker at den tilliten som pasienten

gir helsepersonellet, har betydning for helsepersonellens egen tillit. Et par sitat om tillit og mistillit fremheves i studien:

*”Min rolle det er at være ved patientens side og hele tiden fortælle, hva der sker...”og ”om inte jag är hundra procent ärlig mot patienterna då forlorar de förtroendet för mig”
(Hagstöm mfl. 1998)*

For å kunne skape et tillitsforhold i en sykepleier-pasient-sammenheng, synes det at forutsetningene om autoritetsstruktur i relasjonen da sykepleieren har kunnskap som ikke pasienten har, og svak paternalisme er til stede. Den svake paternalisme overordnes prinsippet om pasientens autonomi, da Martinsen mener at å respektere den andre bare er mulig i personrelasjoner og ikke som alenestående autonomt individ. Jo mer kjent sykepleieren blir med pasienten, jo vanskeligere vil det være å manipulere og ta herredømme over ham, og jo lettere å handle til han beste. På denne måten vil den faglige dyktige sykepleieren bli den andres tillit verdig (Martinsen 1990).

Martinsen sier at det er i vår praktiske omgang med ting og redskaper at vi treffer andre mennesker. Disse blir brukt på bestemte måter i samspill med andre ut fra en felles forståelse av helheten som tingene inngår i. Hvordan vi bruker disse, formidler bestemte holdninger til andre mennesker vi møter. Til forskjell fra tingene og redskapene i seg selv, vil mennesket alltid kunne være opptatt med noe, drive på med noe, gå opp i noe eller for eksempel la være å bry seg om noe. Videre sier hun at mennesket forholder seg til andre gjennom å bruke ting. Det ledes av en form for forståelse for andres situasjon ut fra den felles sammenheng vi befinner oss i, det vi gjør for og med andre gjennom bruken av tingene. Det er i bruken av tingene at forståelsen ligger, og det er måten vi bruker dem på som er vesentlig – vi er det vi gjør, på en måte.

Martinsen sier at dette har med livsførsel å gjøre, at det handler om hvordan vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet vi gjør. Hun sier at det er kvaliteten i relasjonen som er det vesentlige og at omsorgsmoralen og gode sykepleieholdninger må læres gjennom praksis

Martinsen (1989). Kristoffersen skriver at Martinsen mener at moralen har to sider; norm og spontanitet. Normmoralen har som hensikt å uttrykke kjærlighetens idé og viser til regler og prinsipper som er menneske- og samfunnsskapt. Denne moralen uttrykkes i for eksempel den gyldne regel som har til hensikt å få mennesker til, selv om de kanskje ikke gjør det, å elske sin neste. Den spontane moralen gir sitt uttrykk i kjærligheten og handlinger som er til det beste for den andre. Det kreves både norm- og spontanmoral i sykepleien. Vi må som sykepleiere kunne møte pasientene spontant og uten baktanker, og i noen tilfeller må vi kunne ta grundige overveielser som er faglige for å kunne finne frem til hva som er den riktige handlingen. Som sykepleier må en i stor grad ta hensyn til den situasjonen man befinner seg i (Kristoffersen 2005).

Ifølge Martinsen (2000) er det mange måter å se på, språk kan uttrykkes på forskjellige måter og ord har flere funksjoner. Øyets funksjon oppfatter og registrerer virkeligheten rundt oss. Hun påpeker at blikket er et sansende uttrykk som forteller hvordan man uttrykker seg i forhold til det andre menneske. Martinsen skriver om "det hjertelige deltakende øyet" som er det hjertelige deltakende øyet sykepleieren gir og setter dermed seg i en posisjon der sykepleieren blir verdig den sykes tillit.

"Det å se med hjertets øye, med det deltakende oppmerksomme øye, får den andre til å tre frem som betydningsfull" (Martinsen 2000:21).

Dette kreves en bevisstgjøring på måten man ser på som går ut over det øyet kan registrere. Det kreveres en egen vilje til å ta den andre imot, slik at sykepleieren er faglig registrerende og i tillegg sansende, tilstedeværende og deltakende. I motsetning til "det hjertelige deltakende øyet" skriver Martinsen om "det rent registrerende øyet" som setter oss i en tilskuerposisjon der vi registrerer og styrer våre handlinger ut fra prinsipper, rutiner og teori (Austgard 2010).

"Øyet stiller seg i en utenforposisjon, opptatt av å se etter og trekke ut felles kjennetegn for å ordne disse under et på forhånd definert begrep eller en klassifisering" (Martinsen 2000:29).

Språket kan uttrykkes på flere måter og kan bære inntrykk. Martinsen fremhever den fenomenologiske språkfilosofien der det skilles i språket og det setter i et system eller logisk ordning av ord og tale, og ut fra det blir det oppfattet og forstått som en aktivitet og handling (Austgard 2010). Hun skriver at det er alltid noe usagt i sagte ord, det er alltid noe som kan sies og/eller som kan oppfattes på andre måter, ”språket inngår i en sammenheng som talesituasjonen alltid er” (Martinsen 1993:124). Det er derfor en betingelse å ha et sanselig nærvær i situasjonen for at språket kan bli bærer av inntrykket. Ved tale til andre, har ordene flere funksjoner og tone, rytme, gester, følelser vil ha innvirkning på ordene, og dette påvirker hvordan ordene tydes (Austsgard 2010). Uten sanselig tilstedeværelse vil språket bryte sammen og bli den matematiske orden som legges over det levendes (den analoge orden). Da slippes ikke sansene til og språket uttrykker ikke inntrykk, språket vil da bli et redskap som kveler inntrykkskvaliteten. ”vi forstår ikke lenger, for forståelse er sammenvevd med sansingen” (Martinsen 1993).

4.0 DRØFTING

Problemstillingen for denne oppgaven er ”Hvordan sanse pasientens uttrykk for å kunne skape en relasjon?”. I denne delen av oppgaven drøfter vi hvordan vi sanser uttrykkene til den terminale pasient, og hvordan vi skaper en relasjon med ham. Overskriftene i drøftingsdelen har vi hentet fra problemstillingen, da det er nettopp dette vi ønsker å ha fokus på. Begge overskriftene er sentral i forhold til den litteraturen vi har innhentet og våre erfaringer fra praksis. Disse erfaringene belyser vi underveis i drøftingen.

4.1 Å sanse den terminale pasients uttrykk

Det vi legger i det å sanse pasientens uttrykk er å oppfatte og tolke de uttrykkene som pasienten gir oss i form av nonverbal kommunikasjon – vi observerer den terminale pasientens ansiktsuttrykk, blikk, kroppsspråk og eventuelle lyder fra ham. Sansene er av grunnleggende betydning for all opplevelse og atferd i følge Kristoffersen mfl. (2005). De sier sansingen er en forutsetning for vår kontakt med våre omgivelser og at den er nødvendig for vår eksistens, da mennesket har et behov for å motta stimuli for å kunne samhandle med omgivelsene. Når vi mottar sanseintrykk og svarer, skjer det en utveksling mellom oss og våre omgivelser. De sier at svaret vårt på et inntrykk vil være overens med betydningen som vi legger i påvirkningen. Videre sier de at alle trenger en viss mengde sanseintrykk daglig for å kunne opprettholde sine normale funksjoner. En kan utsettes for for mange eller for få sanseintrykk, dette er et individuelt spørsmål i følge dem. De mener derfor at det er viktig at sykepleieren har kjennskap til hvilke sanseintrykk pasienten setter pris på, og hvor mye. De påpeker at syn, hørsel og hudsans er av særlig betydning (Kristoffersen mfl. 2005).

Vi tenker at det er viktig for oss som helsepersonell at vi er bevisst på at pasienten trenger sanseintrykk for å opprettholde sin funksjon, men at det samtidig er nødvendig å vurdere mengden av sanseintrykk i forhold til hver enkelt pasient. Vi synes det er viktig å gi pasienten sanseintrykk i form av for eksempel tale eller berøring, da en skaper en kontakt mellom oss som hjelpere og pasienten. Det kan også forhindre at pasienten blir sett på som et objekt. For sykepleieren blir da pasientens forståelse og opplevelse av sin egen sykdom og hans

deltakelse i sin egen behandlings- og pleiesituasjon uinteressant, og de dataene som er objektiv er de som blir mest troverdig. Den sykepleieren som er åpen, sansende og mottakelig for pasientens uttrykk vil da være fraværende, og hele den nonverbale kommunikasjonen lar seg vanskelig bli oppfattet og tatt på alvor (Martinsen 2000). Dermed vil pasienten, i følge filosofen Hans Skjervheim, være redusert til et objekt som er frarøvet sin selvforståelse og sine erfaringer (Skjervheim 1976). Slik vi ser det er det viktig at vi som hjelpere ser pasienten "der han er" og som det mennesket han er for å kunne sanse og være åpen og mottakelig for hans uttrykk. I vårt tilfelle var vi klar over pasientens tilstand og hans sykehistorie, men hvordan han var som person – hvordan hans personlighet var – kjente vi ikke til da vi ikke hadde møtt ham før. Men det vi gjorde var å se etter eventuelle uttrykk fra pasienten som vi kunne tolke i forhold til situasjonen. Martinsen (2003) sier at det forstående og sansende forenes i sykepleierens faglige skjønn. Hun sier at sykepleieren ser ut fra en følsom åpenhet appellen om livsmot hos den syke, og hun bruker fagligheten for å kunne forstå og handle godt sammen med pasienten (Martinsen 2003).

I vår situasjon med den terminale pasient observerte vi pasientens ansiktsuttrykk for å kunne oppfatte uttrykk han eventuelt måtte signalisere. Eide & Eide (2007) sier at det å observere den andres ansiktsuttrykk er et hjelpemiddel som er viktig for å kunne få informasjon om pasientens følelser og eventuelt reaksjoner. De sier at ansiktets uttrykk kan ofte være flertydig, og at det kan vise direkte og usensurert hva vedkommende føler (Eide & Eide 2007). Slik vi ser det er det å observere pasientens ansiktsuttrykk en kompetanse som trengs for å kunne sanse ham. Under stellesituasjonen registrerte vi at pasienten rynket på pannen da vi skulle vaske ham under armen. Dette signalet tolket vi da som ubehag eller smerte, men i ettertid ser vi at det kunne ha vært flere årsaker, for eksempel at pasienten var kilen, eller at temperaturen på vannet var feil. Martinsen (1989) sier at situasjonen vi handler i er kompleks, problematisk og preget av dilemmaer. Hvordan vi skal handle i situasjonen i forhold til livsytringene, som er forutsetningene for at ikke menneskenes liv skal gå til grunne, mener hun må læres og vurderes ut ifra forståelse, erfaring, innsikt og klokskap. I følge henne fokuserer dette på helperens årvåkenhet og sensitivitet til å kunne oppfatte de fordringer møtet med den andre måtte stille (Martinsen 1989). Som kroppsspråket er ansiktsuttrykket, et uttrykk for følelser og holdninger i følge Eide og Eide (2007). Det er i følge dem en viktig kunnskap og kompetanse å ha med seg i vår kommunikasjon med andre. Hvordan

kroppsspråket uttrykkes er forskjellig, men i vårt tilfelle med den terminale pasient var han svært redusert og hadde minimalt med kroppssignaler.

Siden vi ikke hadde øyekontakt med pasienten, fikk vi ikke sanset de signalene som blikket og ansiktet uttrykker. Dette var noe som gjorde det ekstra utfordrende for oss å sanse pasienten. I følge Eide & Eide (2007) er blikket en av de viktigste nonverbale kanalene som uttrykker noe om både relasjonen og personlige kvaliteter. De sier at vi møter den andre blant annet gjennom blikket i hjelpende profesjoner, både vårt eget og den andres. Gjennom blikket vil man uttrykke oppmerksomhet, holdninger og følelser for den andre, og det kan vekke følelser og reaksjoner, berolige den andre eller vekke engstelse (Eide & Eide 2007). Martinsen (2000) sier at funksjonen til øyet er at det oppfatter og registrerer virkeligheten rundt oss, blikket er et sansende uttrykk som forteller noe om hvordan man uttrykker seg i forhold til det andre mennesket. Synet er i følge Kristoffersen mfl.(2005) den dominerende sansen for vår oppfatning av omgivelsene, og er av stor betydning

Vi brukte god tid med pasienten under stellet. Vi følte det var viktig i den situasjonen han var i da det ga uttrykk for ro og trygghet. I følge Eide & Eide (2007) overføres ro og oppmerksomhet mellom pasient og hjelper. De sier at dersom hjelperen formidler rolige og naturlige signaler, vil det få pasienten til å føle seg bedre til pass, slappe av og føle at hjelperen er interessert i ham. Dette er noe som skaper tillit i relasjonen og stimulerer den andre til å uttrykke seg videre. Dette tenker vi er en nødvendig fagkunnskap å ha med seg i stellet av den terminale pasienten. Vi mener at det er viktig at pasienten selv skal oppleve stellet som rolig og behagelig. Dette var også noe vi søkte å få til ved å ha en rolig og behagelig stemme under stellet. Dette falt naturlig i situasjonen – vi følte sympati med pasienten, det var en avslappet stemning i rommet og vi ønsket å formidle ro og trygghet. Som ansiktsuttrykk og kroppsholdning kan stemmen, i følge Eide & Eide, formidle ro eller uro, oppmerksomhet eller distraksjon (Eide og Eide 2007). I følge Austgard (2010) sier Martinsen at ordende har flere funksjoner ved tale til andre, og at tone, rytme, følelse og gester vil ha innvirkning på ordene og hvordan de tydes (Austgard 2010).

Huden er i følge Kristoffersen mfl.(2005) kroppens største sanseorgan som formidler den mest direkte kontakten med verden utenfor kroppen. Den er derfor til hjelp med informasjon om omgivelsene vi er aktive i. De sier at den *taktile* sansen, evnen til å kjenne berøring, er en kommunikasjonskanal som er viktig og som kan benyttes dersom for eksempel synet eller hørselen er svekket (Kristoffersen mfl. 2005). Dette er kunnskap som vi synes kan være viktig å ha med seg under stellet med den terminale pasienten. Spesielt at vi har kunnskap om viktigheten med berøring dersom pasienten har svekkede sanseevner. Med varsomme bevegelser berørte vi pasienten, også med vaskekluten når vi stelte ham. Vi følte sympati og omsorg overfor pasienten, og det var det vi uttrykte gjennom berøringen av ham. Eide og Eide (2007) sier at berøring kan føre sykepleier og pasient nærmere hverandre på kortere tid. Dette gjelder særlig for alvorlig syke og døende – berøringen formidler kontakt, sympati og omsorg.

4.2 Relasjonsbygging med den terminale pasient

”Relasjon” er et begrep som egentlig kjennetegner at én gjenstand står i forbindelse med en annen. I den daglige tale bruker en gjerne begrepet relasjon om kontakten, forholdet eller forbindelsen mellom mennesker – her om den enkelte hjelpers forhold til pasienter (Eide & Eide 2007). Det vi legger i ordet relasjonsbygging, er hvordan vi kan skape et forhold preget av tillit, nærhet og trygghet mellom oss som hjelpere og pasienten ved å bruke kunnskap og kompetanse. Vi tenker at kunnskap er fagkunnskap og kompetanse er praktiske ferdigheter og erfaring. Martinsen (1990) sier at for å skape en relasjon må vi ha tillit. Tilliten er grunnleggende i enhver samtale og i vår holdning til den andre gjennom stemmen, blikket og måten vi berører den andre på. Den har å gjøre med kvaliteter som utvikles i relasjonen (Martinsen 1990). Som sykepleiestudenter følte vi at vi manglet noe av den nødvendige kompetansen som trengs for å skape en slik relasjon. Derfor fokuserer vi på hva som er den nødvendige kunnskapen og kompetansen som trengs i relasjonsbyggingen med den terminale pasienten. I studien til Hagström mfl (1998) avdekkes det at for at pasienten skal kunne oppleve trygghet, må også personalet være trygg på seg selv og sin kompetanse. Videre sier studien at kompetanse om både verbal- og nonverbal kommunikasjon er viktig. Det kommer fram at når ikke pasienten har et språk lenger, blir det desto viktigere å se på blikket, kjenne på huden og observere bevegelser – du ser og merker intuitivt (Hagström mfl. 1998). Det forutsetter spesiell og generell kompetanse ved pleie av døende sier Bondevik (2006). Denne

kompetansen innebærer ferdigheter, holdninger og kunnskaper som igjen fører til en god planlegging, slik at ikke noe blir tilfeldig (Bondevik 2006).

Det er helsepersonellet som er nær den døende, og Bondevik (2006) mener de må være gode observatører for å oppfatte fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov. Disse er individuelle, og det er viktig å ivareta hvert behov for å sikre helheten (Bondevik 2006). I følge Mathisen (2005) er disse behovene uriktig å skille fra hverandre, da de griper inn i hverandre. Hun sier at det er viktig med omsorg og pleie til *hele* mennesket. Man bør alltid prøve å forstå hva som er hva i problemene som kan oppstå, for at pasienten får den hjelpen han trenger (Mathisen 2005). Videre påpeker Bondevik (2006) at det kreves en annen tilnærming når døden nærmer seg, og behandling og pleie ikke lenger har helbredelse som mål.

I den situasjonen vi stod i var det vanskelig å kartlegge hvilke fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov pasienten hadde. Vi tror det kan være viktig å ha en basiskunnskap om de ulike behovene, når vi møter terminale pasienter som kun kan uttrykke seg nonverbalt. Ved å ha kjennskap til disse tror vi at vi lettere kan skape en relasjon med pasienten – at vi kan arbeide ut i fra et skjønn, som er basert på de uttrykkene vi eventuelt sanser. I forhold til pasientens fysiske behov, tenker vi at det er viktig at vi observerer pasienten om han for eksempel har behov for smertestillende. Med det psykiske behov tenker vi at den døende kan oppleve tap med at kroppen forandres, tap av identitet og han kan føle seg overflødig og til bry. Med det sosiale behov tenker vi at pasienten opplever tap av familie og venner, og med eksistensielle behov tenker vi at vi må respektere den enkeltes ståsted i forbindelse med sin tro og sitt håp. Disse behovene hadde vi dårlig kjennskap til da vi skulle stelle den terminale pasienten – vi hadde ingen kunnskap eller kompetanse om dette. Men vi gikk ut i fra grunnleggende ferdigheter og kunnskaper om hvordan man steller en pasient. I forskningsartikkelen til Hagström (1998) kommer det frem en viktighet med kompetanse for at helsepersonellet skal ha en trygghet til å hjelpe pasientens fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov (Hagström 1998). Falk (2005) sier at situasjonen til pasienten er sammensatt, uforutsigbar og komplisert, og at alle menneskene vi møter er unike. Derfor er det ingen fast prosedyre eller oppskrift på hva vi kan si eller gjøre. Men han påpeker at gode

fagkunnskaper, et varmt hjerte og dyktige hender kreves av sykepleieren, og kommunikasjon blir en viktig del av den lindrende behandlingen (Falk 2005).

Eide & Eide (2007) sier at til å forstå relasjonen og til å forstå pasienten som person er kompetanse innen kommunikasjonsferdigheter et godt hjelpemiddel. Dersom kommunikasjonen er mangelfull eller dårlig, oppstår det fare for profesjonelle feil. En grunnleggende, profesjonell ferdighet som hjelperen bruker gjennom hele hjelpeprosessen, er nonverbal kommunikasjon. Å møte pasienten på en bekræftende, oppmuntrende og bestyrkende måte, er i følge Eide & Eide kanskje den viktigste funksjonen til den nonverbale kommunikasjonen. Gjennom dette kan den skape den trygghet og tillit som pasienten trenger for å kunne åpne seg, dele tanker og følelser. På denne måten kan den nonverbale kommunikasjonen være et hjelpemiddel som er viktig når en bygger en relasjon (Eide & Eide 2007).

Den terminale pasienten som vi stelte hadde ikke noe verbalt språk i forhold til det å åpne seg, dele tanker og følelser. Men enten de er verbale eller nonverbale er ofte tegn og signaler sammensatte og må fortolkes, i følge Eide og Eide (2007). Selv om de nonverbale tegnene til pasienten er tydelige, kan vi ikke med sikkerhet vite hva det er de uttrykker. Avhengig av hvilke signaler vi får og hvordan vi tolker dem, kan møtet med pasienten oppleves på mange ulike måter. Det kan oppleves som godt, ubehagelig, irriterende, sårende, inspirerende osv. Signalene til pasienten og vår fortolkning av dem er det som skaper grunnlaget for nærhet og avstand, tillit og mistillit, samarbeid og konflikt. Forskjellige personer kan i tillegg reagere ulikt på samme signaler. Selv om de er tydelige, er det sjeldent vi vet med sikkerhet hva det er de uttrykker eller er ment å uttrykke (Eide & Eide 2007). Dette var noe som vi i stellesituasjonen kjente på spesielt siden pasienten ikke hadde et verbalt språk, men et svært svakt nonverbalt språk. Dersom pasienten uttrykte seg i form av for eksempel et stønn eller ved å rynke på pannen kunne vi tolke det som ubehag eller smerter, men vi kunne aldri være sikker på at det var det han uttrykte da det er individuelt hvordan en reagerer på ulike ting. Vi syntes også det var vanskelig å starte "relasjonsbyggingen". Som vi tidligere har skrevet er dette å skape et forhold mellom oss og pasient ved hjelp av kunnskap og kompetanse. Et spørsmål vi stilte oss da vi var hos den terminale pasienten, var hva han følte og tenkte på – følte og tenkte han i det hele tatt?

”Møtet med døden blir et møte med det ukjente. Fornuften sier at døden er en naturlig del av livet og må godtas, men følelseslivet protesterer. Folk godtar tanken på døden når en har den på avstand. Når en selv står ansikt til ansikt med døden blir en usikker, og en handler kanskje annerledes enn en tidligere ville ha gjort. Det er viktig å være klar over denne ambivalensen, slik at vi som helsepersonell bedre kan sette oss inn i de døendes og deres pårørendes situasjon” (Sørbye 1993).

I følge Bondevik (2006) viser studier at det er mange døende som føler seg alene med tankene, bekymringene sine og frykt og håp som har med eksistensielle spørsmål å gjøre. Dette er noe som kan føre til at den siste tiden av livet deres blir unødvendig vond og vanskelig, i følge studiene, og kanskje uten at pleiepersonalet er klare over dette (Bondevik 2006). I etterkant av stellet med den terminale pasienten, fikk vi også høre kommentarer fra kollegaer om at det var utfordrende å bygge opp en relasjon med pasienten. De syns også at det var vanskelig å ikke få tilbakemeldinger fra pasienten på det de gjorde under stellet. De opplevde at de selv måtte finne en egen løsning på det som var best for pasienten, gjennom å sanse pasientens uttrykk. I den britiske studien ”Caring for dying people in hospital” avdekkes at også her opplevde sykepleierne situasjoner med den terminale pasient hvor de alene måtte finne egne løsninger på noe de syntes var vanskelig og som også kunne få dem til å føle at medarbeiderne ikke hadde tenkt på deres behov – at de ikke brydde seg (Hopkinson mfl. 2003).

I følge Mathisen (2005) er det i møte med terminale pasienter utfordringer som enhver sykepleier må ha et bevisst forhold til. Hun sier at det er en spesielt krevende del av arbeidet, det å utøve sykepleie til mennesker som skal dø. Derfor er det viktig at sykepleieren har et bevisst forhold til døden. Videre sier hun at dette er forutsetningen for all hjelp og omsorg som er sykepleiefaglig overfor terminale pasienter og deres pårørende (Mathisen 2005). I den svenske studien som Hagström mfl.(1998) har gjort, ”Den döende patienten – en utmaning för vårdpersonalen”, viste resultatene at leger og sykepleiere oppfattet arbeidet sitt som meningsfylt når de opplevde det som trygt. De skilte mellom indre og ytre trygghet. Den indre tryggheten var at dersom man følte tillit fra pasienten, var sikker på sin egen kompetanse innen faget og at man opplevde en utvikling og et økende engasjement for arbeidet – at de

følte en personlig trygghet. Den ytre tryggheten, altså forholdene rundt arbeidssituasjonen kunne komme gjennom god kommunikasjon med sine medarbeidere og pasienten, den kunne komme gjennom å ha tid til å ta vare på pasienten og hans pårørende, gjennom kontinuitet i deres arbeid, og gjennom å gjøre døden til en verdig hendelse også for de involverte pleierne gjennom noen ritualer. (Hagström mfl. 1998).

5.0 AVSLUTNING

Gjennom dette litteraturstudiet har vi funnet at det er viktig å ha kunnskap og kompetanse innen det å sanse pasientens uttrykk, for å skape en relasjon med den terminale pasient. Denne kunnskapen og kompetansen innebærer fagkunnskap, praktiske ferdigheter og erfaringer. Praktiske ferdigheter og erfaringer tenker vi at vi trenger når vi skal praktisere de fagkunnskapene vi har. Fagkunnskap trenger vi kanskje spesielt om nonverbal kommunikasjon, terminale pasienter og om de fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov. Disse ulike kunnskapene henger sammen. Kunnskapen om terminale pasienter trenger vi for å få en forståelse av pasientens situasjon, slik at vi kan møte ham "der han er". Med kunnskap om nonverbal kommunikasjon, har vi grunnlag for å kunne sanse de uttrykkene som den terminale pasienten måtte signalisere. På den måten kan vi bruke kunnskapen om både nonverbal kommunikasjon og terminale pasienter, som et hjelpemiddel til å skape en relasjon. Samtidig er hver enkelt pasient unik, og således vil deres fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behovene være individuelle. Vi tenker derfor at det er viktig å ha en grunnleggende forståelse for disse behovene. Vi kan bruke dem som et verktøy i relasjonen, der vi arbeider ut i fra et skjønn som er basert på de ulike uttrykkene vi sanser.

Vi er klar over at det er mer rundt temaet "Omsorg for terminale pasienter". Som for eksempel symptomlindring, smertelindring, palliativ behandling, miljøfaktorer, åndelig og eksistensiell støtte og kvalitetssikring av omsorg og behandling ved livets slutt. Men i denne oppgaven har vi fokusert på hvordan vi med den nødvendige kunnskapen og kompetansen kan bruke sansing for å tilnærme oss pasienten for å skape en relasjon. Vi har opplevd det som vanskelig å innhente forskning om terminale pasienter, da det virker som om fokus hviler på terminale kreftpasienter og palliativ pleie. Og vi ser det burde vært mer forskning rundt dette temaet, siden antallet eldre i følge SSB (2010) vil øke i årene fremover. For å runde av oppgaven avslutter vi med et dikt av Ulla Rasmussen (1989) som beskriver den personlige- og upersonlige hjelperen som pleier en pasient. Vi tenker at dette diktet kan symbolisere skillet mellom hjelperen som har- og ikke har forståelse, kunnskap og kompetanse.

*"Det hænder –
at patienten
ligger og venter på
sygeplejersken,
der skal komme
for at pleje hende.
Det hænder –
at patienten
tænker på
den sygeplejerske
der plejede hende
i går –
hende
der brugte kluden
uden følelse
uden at bemærke
at vandet drev
om i nakken
hende
der kun tilsynelatende
var nærværende
Det hænder
at patienten ønsker
at den sygeplejerske har fri
i dag,*

*Det hænder -
at patienten
tænker på
den sygeplejerske
der forstår
at bruge sine hænder
der efter plejen
efterlader en følelse
af velvære
hos patienten
hende
der kan fornemme
hvordan
patienten har det
næsten
før hun selv
er sig deg bevidst.
Det hænder
at patienten ønsker
at blive plejet
af netop den sygeplejerske
ikke kun i dag -
men hver dag."*

(Rasmussen 1989).

Litteraturliste

*I oppgaven har vi 383 sider selvvalgt litteratur, som vi har merket med * i litteraturlisten.*

Austgard, K.I.B. (2010) *Omsorgsfilosofi i praksis. Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. 2.utg. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS. s. 18-149 *

Brinchmann, B.S. (2008) *Etikk i sykepleien*. 2.Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bondevik, M., Nygaard, H.A.(red.) (2006) *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H., Eide, T.(2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Falk, B.(2005) *Å være der du er – samtale med kriserammede*. Bergen: Fagbokforlaget I:
Tømmerbakk, M. (2007) *Pleie ved livets slutt* s. 62-63 I: *Sykepleien* 95 (13)
[Online]Tilgjengelig fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=115775 Hentet 07.04.2011 *

Hagström, B. (1998) *Den döende patienten – en utmaning för vårdpersonalen* s. 153-155 I:
Nord Med nr. 5 *

Hopkinson, J.B., Hallett, C.E. & Luker, K.A. (2003) Caring for dying people in hospital s. 523-533. I: *Journal of Advanced Nursing*, Volume 44, Issue 5. *

Husebø, B.S., Husebø, S.(2003) De siste dager og timer. Oslo: Medlex Norsk helseinformasjon. I: Blix, E.S., Breivik, S.(2006) *Basisbok i sykepleie* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Kilvik, A., Lamøy, I. (2005) Litteratursøking – i medisin og helsefag. En håndbok. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag. I: Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (red.) (2005) *Grunnleggende sykepleie Bind 2*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 280-281*

Kristoffersen, N.J. (2005) Teoretiske perspektiver på sykepleie s.13-99 I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (red) *Grunnleggende sykepleie Bind 4*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. *

Martinsen, K. (1989) *Omsorg, sykepleie og medisin – Historisk-filosofiske essays*. TANO A.S. s. 14-37 og 67-81 *

Martinsen, K. (1990) Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I: Jensen, K. (red), Engelsrud, G., Lauvdal, T., Løvlie, L., Martinsen, K., Eriksen, T.R., Rønning, R. (1990) *Moderne omsorgsbilder* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s. 61-96 *

Martinsen, K. (1993) *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. TANO A.S s. 123-127 *

Martinsen, K. (2000) *Øyet og kallet*. Bergen: Bokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. s.9-40*

Mathisen, J. (2005) Livets avslutning. s. 271-301 I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (red) *Grunnleggende sykepleie Bind 3*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. *

Rasmussen, U. (1989) Det hender, s. 14 I: Klinisk Sygepleje, årg. 3, nr. 3 I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (red.) (2005) *Grunnleggende sykepleie Bind 2*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. *

Skjervheim, H. (1976) Deltakere og tilskodere og andre essays. Oslo: Tanum-Nordli. I: Brinchmann, B.S. (2008) *Etikk i sykepleien*. 2.Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Statistisk sentralbyrå (2010) *Dødsårsaker 2009* [Online] Tilgjengelig fra <http://www.ssb.no/dodsarsak/> Hentet 01.04.11. *

Sørbye, L.W. (1993) Omsorg og pleie ved livets slutt i sykehjem, sykehus og hjemme: faglige og etiske utfordringer i en storbysektor. Rapport nr. 9. Oslo: Diakonhjemmets høyskolesenter. I: Bondevik, M., Nygaard, H.A.(red.) (2006) *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tranøy, K.E. (1986) Vitenskapen – samfunnsrett og livsform. Oslo: Universitetsforlaget. I: Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Østby, L. (2004) Den norske eldrebølgen: Ikke blant Europas største, men dyrt kan det bli. *Samfunnsspeilet* 2004; 1:2-17. I: Husebø, S., Husebø, B.S. (2005) Omsorg ved livets slutt eller aktiv dødshjelp? s. 1848-1849 I: *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 125. *