



Ivaretagelse av åndelige- og eksistensielle behov i palliativ fase

”Hvordan kan hjemmesykepleieren ved hjelp av kommunikasjon ivareta åndelige- og eksistensielle behov hos voksne palliative kreftpasienter i hjemmet?”

Kandidatnummer: 194
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: (10739)
Dato: 18.04.2017



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 18.04.2017
<p>Tittel Ivaretakelse av åndelige- og eksistensielle behov i palliativ fase</p>	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan hjemmesykepleieren ved hjelp av kommunikasjon ivareta åndelige- og eksistensielle behov hos voksne palliative kreftpasienter i hjemmet?</p> <p><u>Metode</u> Litteraturstudie er brukt som metode i denne oppgaven. Det er hovedsakelig blitt benyttet faglitteratur fra Lovisenberg diakonale høgskole sitt bibliotek, og forskningslitteratur fra søkedatabasene Cinahl, PubMed og SveMed+ i oppgaven. Det er også benyttet lover, forskrifter og nasjonale- og yrkesetiske retningslinjer hentet fra internett.</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Det blir i teorien gitt en beskrivelse av voksne palliative kreftpasienter og åndelige- og eksistensielle behov i palliativ fase. Travelbee sin relasjonsteori blir benyttet som sykepleieteoretisk perspektiv. Teorien gir også en beskrivelse av sykepleierens lindrende funksjon, åndelig- og eksistensiell ivaretakelse, kommunikasjon, palliasjon i hjemmesykepleien og aktuelle rammefaktorer i hjemmesykepleien knyttet til oppgavens problemstilling.</p> <p><u>Drøfting</u> Oppgavens problemstilling drøftes i lys av teori og aktuell forskning. Etablering av en tillitsfull relasjon, ulike kommunikasjonsmessige sykepleieutfordringer, identifisering av øyeblikk for åndelig- og eksistensiell samtale, samt ulike behov som kan forekomme hos palliative pasienter og metoder sykepleieren kan ivareta slike behov på, blir diskutert.</p> <p><u>Konklusjon</u> Ved åndelig- og eksistensiell ivaretakelse for palliative kreftpasienter synes det viktig at kommunikasjonen tilpasses den enkelte pasient og hans individuelle behov. Det ser ut til at slik ivaretakelse krever at hjemmesykepleieren innehar kompetanse, kommunikasjonsferdigheter, personlig mot, vilje og evne til å bruke seg selv terapeutisk. Dette kan resultere i at pasienten utvikler tillit, og dermed ønsker å åpne seg for sine personlige tanker og bekymringer omkring åndelige- og eksistensielle tema.</p>	

(Totalt antall ord: 236)

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Oppgavens hensikt.....	2
1.3 Presentasjon av problemstilling	2
1.4 Avgrensninger og presisering av problemstilling	3
1.5 Begrepsavklaring	4
1.6 Oppgavens oppbygging	5
2 Metode	6
2.1 Litteraturstudie som metode	6
2.2 Litteratursøk.....	6
2.3 Kildekritikk.....	8
3 Teoretisk forankring	10
3.1 Presentasjon av målgruppe	10
3.1.1 Voksne palliative kreftpasienter	10
3.1.2 Åndelige- og eksistensielle behov	10
3.2 Sykepleiefaglige referanserammer	11
3.2.1 Sykepleierens lindrende funksjon i palliativ omsorg.....	11
3.2.2 Åndelig- og eksistensiell ivaretagelse	11
3.2.3 Joyce Travelbees relasjonsteori.....	12
3.2.4 Kommunikasjon.....	13
3.2.5 Palliasjon i hjemmesykepleien	14
3.2.6 Rammefaktorer i hjemmesykepleien	14
4 Hvordan kan hjemmesykepleieren ved hjelp av kommunikasjon ivareta åndelige- og eksistensielle behov hos voksne palliative kreftpasienter i hjemmet?	17
4.1 Å etablere en tillitsfull relasjon.....	17
4.2 Kommunikasjonsmessige utfordringer ved åndelig- og eksistensiell ivaretagelse	21
4.3 Å identifisere øyeblikk for åndelig- og eksistensiell samtale	24
4.4 Den personlige samtalen.....	25
5 Avslutning	31
Litteraturliste	32

1 Innledning

I 2015 var det 32 592 nye krefttilfeller i Norge. Norske tall fra 2014 viser at 10 971 mennesker døde av sin kreftsykdom (Kreftregisteret, 2016). Videre fremkommer det av statistikk fra Folkehelseinstituttet at det i Norge var 5830 mennesker som døde i sitt eget hjem i 2015 (2016). At noen palliative pasienter ønsker å tilbringe sin siste tid av livet i hjemmet, stiller særlige krav til at sykepleiere arbeidende i hjemmesykepleien innehar et høyt kompetansenivå innen palliativ omsorg (Fjørtoft, 2016). Verdens helseorganisasjon og European Association for Palliative Care (EAPC) definerer palliasjon som den aktive behandling, pleie og omsorg som ytes til pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Lindring av fysiske smerter kombinert med lindring av psykiske, sosiale og åndelige- og eksistensielle problemer står sentralt. Best mulig oppnåelige livskvalitet for pasient og pårørende er målet for all behandling, pleie og omsorg (Referert i Helsedirektoratet, 2015, s. 11). Åndelige- og eksistensielle behov er dermed blant de behovene en uhelbredelig syk pasient skal få ivaretatt. Likevel er det ifølge Hirsch og Røen mange sykepleiere som uttrykker manglende kompetanse i ivaretagelse av slike behov for palliative pasienter (2016, s. 324). Likeså fremkommer det av Balboni, Sullivan, Amobi, Phelps, Gorman, Zollfrank og Balboni sine forskningsfunn at opplæring og trening på åndelig- og eksistensiell ivaretagelse er en viktig prediktor for om slik omsorg tilbys den palliative pasienten eller ikke (2013). Denne oppgaven vil omhandle hvordan sykepleieren gjennom sin lindrende funksjon kan ivareta åndelige- og eksistensielle behov i hjemmet hos voksne palliative pasienter som er rammet av inkurabel kreftsykdom. Kommunikasjon som verktøy vil særlig vektlegges.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Palliasjon er et område innenfor sykepleie som for meg alltid har vært av særlig interesse under sykepleierutdanningen. Hjemmebasert ivaretagelse av mennesker i livets slutfase er et aktuelt område innenfor sykepleie og har i den siste tiden hatt et økende fokus. Dette kan relateres til innføringen av samhandlingsreformen 1. januar 2012, som medførte et større ansvar på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommunene har i denne forbindelse fått ansvar for flere og sykere pasienter, som tidligere lå under spesialisthelsetjenestens ansvarsområde (Fjørtoft, 2016).

Valget av at pasientene i denne oppgaven har kreft begrunnes i at kreftsykdom stadig rammer flere mennesker. Økt forekomst forklares blant annet med at flere lever lenger nå sammenlignet med tidligere, noe som kan relateres til bedre behandlingsmuligheter. Palliative kreftpasienter er blant de pasientgrupper som mottar sykepleie fra kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder fra hjemmesykepleien i eget hjem (Fjørtoft, 2016). Flere og sykere pasienter innenfor hjemmesykepleiens ansvarsområde har gitt tendenser til et særlig fokus på medisinsk behandling og pleie. Dette har i noen grad medført at helhetlig pleie og omsorg blir mindre vektlagt i hjemmesykepleien (Abelsen, Gaski, Nødland & Stephansen, 2014). Helhetlig pleie og omsorg står sentralt i palliativ sykepleie. Dette indikerer at også ivaretagelse av blant annet åndelige- og eksistensielle behov ikke må nedprioriteres, men tvert imot vektlegges av sykepleieren i utøvelse av palliativ omsorg (Helsedirektoratet, 2015). Nettopp derfor blir det av ekstra stor betydning at jeg i denne oppgaven velger å fokusere spesielt på sykepleierens ivaretagelse av åndelige- og eksistensielle behov hos palliative kreftpasienter.

1.2 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å øke egen kompetanse angående hjemmesykepleierens lindrende funksjon i palliativ omsorg til hjemmeboende kreftpasienter. Jeg vil heve egen kunnskap innenfor åndelig- og eksistensiell ivaretagelse, slik at jeg som ferdigutdannet sykepleier har bedre sykepleiefaglige forutsetninger for å ivareta palliative kreftpasienters åndelige- og eksistensielle behov. Likeså håper jeg at oppgaven også kan være av nytteverdi for andre sykepleiere på fremtidig arbeidssted.

1.3 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av overnevnte er min problemstilling følgende:

Hvordan kan hjemmesykepleieren ved hjelp av kommunikasjon ivareta åndelige- og eksistensielle behov hos voksne palliative kreftpasienter i hjemmet?

1.4 Avgrensninger og presisering av problemstilling

Som følge av at valgte tema er bredt sammen med oppgavens omfang, er det blitt foretatt avgrensninger.

Konteksten i oppgaven avgrenses til å fokusere på pasienter som er rammet av inkurabel kreftsykdom, og som mottar palliativ omsorg i hjemmet fra hjemmesykepleien. Oppgaven vil omhandle voksne palliative pasienter, men tar ikke utgangspunkt i en spesifikk alder annet enn at pasienten er over 18 år. Dette begrunnes i at det er variasjon i hvilket aldersspenn forskningsartiklene fokuserer på. Felles for alle er at de tar for seg unge voksne og middelaldrende palliative pasienter. Noen forskningsartikler inkluderer også eldre palliative pasienter. Det blir videre tatt utgangspunkt i at de syke er bosatt i en kommune der palliativ omsorg i hjemmet tilbys, og hvor pasientene har fått vedtak på slik omsorg etter eget ønske. Oppgaven forutsetter at pasientene er klare og orienterte, norsktalende, samt at de kan kommunisere og uttrykke seg verbalt. Videre blir det tatt utgangspunkt i at pasientene ikke er aleneboende. Likeså forutsettes det at de syke allerede er informert om at de er rammet av uhelbredelig kreftsykdom og befinner seg i palliativ fase av sykdommen. Jeg har i oppgaven valgt å ikke inkludere sykepleie i den terminale fasen. Det vil si når pasienten fremviser ”kliniske tegn på at de fysiologiske, livsoppholdende prosessene er i ferd med å opphøre, og alle mulige reversible årsaker til dette er vurdert som utelukket” (Brenne & Dalene, 2016, s. 639).

Palliative kreftpasienter kan ha et komplekst og sammensatt smertebilde, hvor både kroppslige, følelsesmessige, sosiale og åndelige- og eksistensielle lidelser har en gjensidig påvirkning på hverandre (Mathisen, 2011). Oppgaven tar utgangspunkt i at pasienten er godt lindret for sine fysiske smerter, da dette ofte er en viktig forutsetning for at sykepleieren kan samtale med pasienten om hans åndelige- og eksistensielle behov og ivareta disse (Kaasa & Loge, 2008).

Som følge av oppgavens omfang blir kun ivaretagelse av et utvalg åndelige- og eksistensielle behov inkludert i oppgaven. Disse vil bli presentert i teorien. Imidlertid må det påpekes at det også kan være andre åndelige- og eksistensielle behov som kan forekomme i palliativ fase.

Ivaretagelse av pårørende er også en viktig del av sykepleierens ansvarsområde innenfor palliativ omsorg (Rønning, Strand & Hjermstad, 2008). Som følge av oppgavens omfang

ekskluderes dette fra oppgaven, men pårørendes betydning for en hjemmeboende palliativ kreftpasient vil likevel i noen grad inkluderes.

Oppgaven avgrenses til kun å inkludere de rammefaktorene i hjemmesykepleien som jeg anser som særlig relevante for besvarelsen av min problemstilling. Jeg er imidlertid klar over at det er mange rammefaktorer som gjelder hjemmesykepleien.

Til tross for at tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for helhetlig ivaretagelse av palliative kreftpasienter i hjemmet, avgrenses denne oppgaven til å ikke inkludere hjemmesykepleierens tverrfaglige samarbeid med andre profesjoner (Rønning et al., 2008). Dette begrunnes i at det er sykepleierens kommunikasjon med den palliative pasienten som vil være fokuset i min oppgave.

1.5 Begrepsavklaring

Begrepet kommunikasjon stammer fra det latinske ”communicare” som vil si å gjøre noe felles, ha en forbindelse med en annen og gjøre vedkommende delaktig (Eide & Eide, 2007, s. 17).

Åndelige- og eksistensielle behov kan forstås som menneskets ”behov for å finne mening, fred og formål med sin væren i livet” (Busch & Hirsch, 2008, s. 118).

Palliativ fase kan variere fra uker til flere måneder ettersom det er ulikt hvor lenge mennesker lever etter å ha fått erkjent at kreftsykdommen er uhelbredelig (Helsedirektoratet, 2015 s. 9).

Med personsentrert sykepleie menes det at sykepleieren ser på pasienten som et selvstendig og aktivt menneske med bakgrunn, relasjoner og forankring i omgivelsene, hvor den sykes behov står sentralt i sykepleierens omsorg (Fjørtoft, 2016, s. 12).

Med helhetlig omsorg menes det at omsorgen er preget av en holistisk tenkning, hvor både den fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjonen ved mennesket har en gjensidig og likeverdig påvirkning på hverandre (Odland, 2012, s. 26-27).

Det blir i denne oppgaven brukt hun om sykepleieren og han om pasienten når ikke benevnelsene sykepleier og pasient blir anvendt. Det må her påpekes at både sykepleier og pasient kan være av begge kjønn.

1.6 Oppgavens oppbygging

Av kapittel 2 fremgår oppgavens metodiske fremgangsmåte og kildekritikk. Oppgavens teori vil bli presentert i kapittel 3. Kapittel 4 drøfter oppgavens problemstilling. Avslutningen for oppgaven er i kapittel 5.

2 Metode

Metode kan defineres som de redskap som anvendes for innsamling av relevant data som kan bidra til å finne svar på det som ønskes undersøkt i en problemstilling. Dataene skal gi nødvendig informasjon og kunnskap, som vil kunne belyse og besvare en problemstilling på en pålitelig og interessant måte i faglig forstand (Dalland, 2012). Dette kapittelet presenterer oppgavens metodiske fremgangsmåte og kildekritikk.

2.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven benyttes litteraturstudie som metode. Metoden innebærer at problemstillingen besvares på bakgrunn av kunnskap fra et utvalg relevante skriftlige kilder. Litteraturstudie kjennetegnes av en systematisering og kritisk gjennomgang av litteratur i form av fag- og forskningslitteratur, etterfulgt av en sammenfatting av aktuell litteratur for stilte problemstilling (Magnus & Bakketeig, referert i Thidemann, 2015, s. 79).

Litteraturstudie har som formål å gi en god og samtidig oppdatert forståelse av eksisterende kunnskap innenfor det felte problemstillingen etterspør, samt vise til hvordan kunnskapen er innhentet (Thidemann, 2015).

2.2 Litteratursøk

Primært er databasen Cinahl anvendt i søk av relevant forskningslitteratur som kan bidra til å belyse og besvare min problemstilling. Det er også inkludert forskningslitteratur fra søkedatabasen PubMed i oppgaven. Benyttede søkeord er; ”palliative care”, ”end of life care”, ”spiritual care”, ”spiritual needs”, ”nurse”, ”nursing”, ”communication”, ”nurse-patient relation”, ”home care”, ”patient preference” og ”hope”. Søkeordene ble brukt i ulike kombinasjoner ved hjelp av AND. For å begrense og spesifisere søkene, brukte jeg avgrensninger i form av at artiklene skulle være research article og peerreviewed/ fagfelleurdert. Publiseringdatoen skulle være nyere enn 5 år. I noen tilfeller ble søket utvidet med publiseringdato nyere enn 10 år. Forskningsartikkelen ”Sammen går vi døden i møte” av Molnes ble funnet ved hjelp av kjedesøk (2015). Jeg leste i faglitteratur som brukte studien, og som henviste til artikkelen i sin referanseliste. Da artikkelen er norsk, ble databasen SveMed+ anvendt for å få tilgang på artikkelen i fulltekst.

Kriterier for inkludering og anvendelse av oppsøkte forskningsartikler i oppgaven var at artiklene skulle samsvare med foretatte søkebegrensninger. I tillegg var kriterier at studiene kun tok for seg voksne palliative pasienter uten kognitiv svikt. Forskningens funn skulle ha relevans for min problemstilling. Det er i denne oppgaven inkludert seks forskningsartikler. Av oppgavens studier er fire kvalitative. En kvalitativ studie er fra British Columbia i Canada. Den omhandler hva palliative kreftpasienter anser som hensiktsmessig kommunikasjon i møte med helsepersonell (Stajduhar, Thorne, McGuinness & Kim-Sing, 2010). Likeså er det inkludert en svensk kvalitativ studie, som tar for seg palliative kreftpasienters metoder for å opprettholde håp (Olsson, Östlund, Strang, Grassman & Friedrichsen, 2010). Det er også inkludert to kvalitative forskningsartikler fra Norge. De omhandler sykepleieres erfaringer med åndelig- og eksistensiell omsorg for palliative pasienter. Den ene fokuserer på hjemmesykepleieres erfaringer (Molnes, 2015), og den andre på erfaringer hos sykepleiere arbeidende i sykehus (Tornøe, Danbolt, Kvigne & Sørli, 2015). Kvalitativ forskning karakteriseres av at subjektive data i form av eksempelvis meninger, erfaringer, opplevelser og tanker fremkommer i forskningens funn. Slike studier gir dybdekunnskap, da mange opplysninger formidles av få informanter. Forskeren må i stor grad tolke sitt materiale (Dalland, 2012).

Det er også inkludert én amerikansk kvantitativ studie, som identifiserer faktorer som bidrar til at åndelig- og eksistensiell omsorg sjeldent gis av sykepleiere og leger til pasienter i palliativ fase (Balboni et al., 2013). Kvantitativ forskning kjennetegnes, i motsetning til kvalitativ, av objektive data som gir eksakt faktakunnskap i form av målbare enheter. Kvantitativ forskning gir breddekunnskap, hvor få opplysninger innsamles fra mange respondenter (Thidemann, 2015). Likeså er det inkludert en systematic mixed studies review, som er en oversiktsartikkel fra 2015. Studien syntetiserer 13 kvalitative og 10 kvantitative studier, der de fleste er fra siste tiår. Gjennom denne studien fremkommer palliative pasienter sine preferanser i palliativ omsorg, hvor 57 prosent av de inkluderte studiene omhandler pasienter med kreft (Sandsdalen, Hov, Høye, Rystedt & Wilde-Larsson, 2015). Studienes forskningsfunn vil primært fremgå i kapittel 4 hvor problemstillingen drøftes, men noen forskningsfunn presenteres også i oppgavens teorikapittel 3.

Jeg har i tillegg anvendt faglitteratur fra relevant pensumlitteratur under sykepleierutdanningen. Videre er det brukt faglitteratur fra Lovisenberg diakonale høyskole

sitt bibliotek, primært funnet ved hjelp av bibliotekets søkemotor Oria. For øvrig er det også blitt benyttet lover, forskrifter og nasjonale- og yrkesetiske retningslinjer hentet fra internett.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som anvendes for å vurdere om en kilde er sann, troverdig, objektiv, nøyaktig, relevant og egnet til å belyse problemstillingen (Dalland, 2012).

Valg av søkeord, som beskrevet i kapittel 2.2, sammen med ulike kombinasjoner kan i seg selv være en søkebegrensning. Mine valg av søkeord kan ha medført at jeg ikke har kommet over andre relevante forskningsartikler, som muligens kunne belyst min problemstilling med andre funn. Dermed kan det være at andre viktige momenter uteblir på bakgrunn av begrensede søk. I oppgaven inkluderes forskningsartikler sett både fra et sykepleieperspektiv og et pasientperspektiv. Siden problemstillingen legger vekt på sykepleierens kommunikasjon, er det dette som vil stå i fokus. Likevel kreves det både sender og mottaker i en kommunikasjonsrelasjon (Eide & Eide, 2007). Derfor mener jeg pasientperspektivet også må inkluderes i oppgaven, noe jeg tenker vil bidra til økt troverdighet.

Oppgaven har primært kvalitative studier. Kvalitativ forskning inkluderer et fåtall informanter i sine studier, noe som kan gjøre det vanskelig å trekke generelle slutninger (Dalland, 2012). I tillegg til tre norske studier er det også tatt med tre studier fra USA, Canada og Sverige. Til tross for at ikke disse studiene er gjort på norske palliative pasienter og sykepleiere, er studiene likevel inkludert i oppgaven. Dette er fordi jeg mener overføringsverdien kan anses som relevant og reell også i Norge. Det begrunnes i at disse landene i likhet med Norge er av vestlig kultur med helsevesen av høy kvalitet. Til tross for at det er inkludert noen studier som er utført på pasienter og sykepleiere i sykehus, mener jeg likevel at funnene kan ha en overføringsverdi til hjemmesykepleien. Dette fordi det kan være mange likhetstrekk.

Oppgaven støtter seg primært på forskning som er nyere enn fem år, men det er også inkludert to studier fra 2010. Begrunnelsen er at jeg anser forskningsfunnene som gyldige og aktuelle også i dag, noe nyere faglitteratur også bekrefter. Foruten én forskningsartikkel er alle oppgavens studier skrevet på engelsk. Det kan hende at mine engelskkunnskaper har medført til feilaktig oversettelse og tolkning av forskningsmaterialet.

Det er tilstrebet å anvende primærkilder i oppgaven for å forhindre mistolkninger. Dersom det har vært vanskelig å finne primærkilden, er det i visse tilfeller likevel benyttet sekundærkilder. Primært er også valgte faglitteratur nyere enn ti år, hvor mesteparten er nyere enn fem år. Dette begrunnes i at oppgaven skal besvares ut fra faglige oppdaterte kilder. Likevel har jeg valgt å anvende Stifoss-Hansen og Kallenberg sin definisjon av åndelig omsorg fra 1998. Dette fordi det er en anerkjent definisjon som det i nyere lærebøker ofte henvises til for å definere åndelig omsorg.

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee sin bok om mellommenneskelige forhold i sykepleie ble utgitt første gang i 1966. Den norske utgaven fra 1999 blir anvendt som kilde i denne oppgaven. Bakgrunnen for dette valget er at jeg anser Travelbees teori som relevant i oppgavens besvarelse, da hun særlig vektlegger mellommenneskelige relasjoner og betydningen av etablering av et menneske-til-menneskeforhold. Til tross for at denne teorien er gammel, anser jeg hennes grunnlagstenkning som svært aktuell også i dag. Det refereres også ofte til Travelbee sin tenkning i nyere faglitteratur.

3 Teoretisk forankring

Det vil i dette kapittelet bli gitt en presentasjon av oppgavens målgruppe og sykepleiefaglige referanserammer.

3.1 Presentasjon av målgruppe

3.1.1 Voksne palliative kreftpasienter

Kreft er en fellesbetegnelse på en gruppe sykdommer hvor det foregår ukontrollert celledeling av unormale celler (Kreftregisteret, udatert, 20.03). Kreft kan medføre at den rammede dør av sykdommen, dersom kreften ikke kan kureres (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011). Som følge av kreftsykdom opplever mange palliative pasienter blant annet fatigue og kvalme, noe som kan medføre redusert energinivå og utmattelse (Lorentsen & Grov, 2010).

Palliative kreftpasienter har et økt behov for menneskelig nærvær og helsehjelp av høy kvalitet. Mange er i økende grad avhengig av hjelp og støtte fra blant annet sykepleieren og mennesker som står den syke nær. Opplevelse av avmakt, redusert livskvalitet og truet verdighet kan forekomme i palliativ fase, og eksistensielle spørsmål vil ofte være fremtredende (Aakre, 2016). Det fremkommer av forskning at mange palliative pasienter synes det er viktig at de får hjelp til å leve et meningsfylt liv. Videre opplever de det betydningsfullt at sykepleieren er tilstedeværende, at omsorgsmiljøet kjennes trygt og at det foregår en god organisering av de palliative tjenestene (Sandsdalen et al., 2015).

Forskningsfunn viser også at det å føle seg verdifull er viktig i palliativ fase (Olsson et al., 2010).

3.1.2 Åndelige- og eksistensielle behov

Ved uhelbredelig kreftsykdom vil pasienten utfordres til å reflektere over døden og meningen med livet. Behovet for avklaring av tanker og spørsmål omkring det åndelige og eksistensielle området blir aktualisert, da deres væren trues. Refleksjoner angående hva som betyr noe for den syke, og hva som virkelig er viktig og verdifullt, fremheves (Helsedirektoratet, 2015).

Den syke blir konfrontert med realiteten om at livet innen kort tid skal avrundes, og at han snart må forlate sine nærmeste. Mange opplever dette som skremmende, da det kan

frembringe sterke følelser som opplevelse av angst, frykt, tap, ensomhet og meningsløshet (Sæteren, 2010). Den palliative pasientens relasjon til seg selv, til andre, til natur og kultur, samt det hellige og Gud, blir ifølge arbeidsgruppa for Spiritual Care i EAPC utfordret som følge av alvorlig sykdom. Gjennom disse relasjonene søker, erfarer og uttrykker den syke både mening, håp og noe over og større en mennesket selv (Referert i Hirsch & Røen, 2016, s. 318). Det er individuelt hvordan pasienten takler sin situasjon. Det avhenger blant annet av den enkeltes personlighet, opplevelse av tap tidligere i livet, den sykes relasjon til familie og andre pårørende samt livssyn (Hirsch & Røen, 2016, s. 317).

3.2 Sykepleiefaglige referanserammer

3.2.1 Sykepleierens lindrende funksjon i palliativ omsorg

Sykepleierens lindrende funksjon står sentralt i palliativ omsorg, og tar sikte mot å begrense omfanget av unødige belastninger som kan gi redusert livskvalitet (Nortvedt & Grønseth, 2010). Dette innebærer reduksjon av både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige- og eksistensielle plager (Reitan, 2010, s. 29). Det lindrende aspektet i omsorg til voksne palliative kreftpasienter krever at sykepleieren retter sin oppmerksomhet mot ivaretagelse av den sykes livskvalitet, og hans opplevelser og erfaringer i forbindelse med kreftsykdom og lidelse (Nortvedt & Grønseth, 2010). Sykepleierens lindrende funksjon innebærer å iverksette sykepleietiltak av lindrende karakter og imøtekomme den sykes individuelle utfordringer (Reitan, 2010, s. 29).

3.2.2 Åndelig- og eksistensiell ivaretagelse

Stifoss-Hansen og Kallenberg definerer åndelig omsorg som ”det å være oppmerksom på brukerens eksistensielle spørsmål og ressurser, å lytte til den mening disse har i brukerens livshistorie, og å assistere brukeren i hans/hennes arbeid med eksistensielle spørsmål, med utgangspunkt i hans/hennes livssyn” (1998, s. 21). Ved ivaretagelse av åndelige- og eksistensielle behov hos palliative kreftpasienter er det viktig at sykepleieren respekterer den enkeltes private og grunnleggende forståelse av livsspørsmål og livsverdier (Busch & Hirsch, 2008). Det vil også være viktig at sykepleieren undersøker hvordan pasienten har det i relasjonen til seg selv, til hans nære, til natur og kultur og eventuelt til en Gud eller det

pasienten anser som hellig og betydningsfullt (Hirsch & Røen, 2016, s. 318). Slik kan sykepleieren gjøre seg kjent med den sykes individuelle åndelige- og eksistensielle behov. Den enkelte pasients åndelige- og eksistensielle forståelse vil være av avgjørende betydning for hvordan sykepleieren skal imøtekomme og ivareta pasientens behov innenfor dette området (Hirsch & Røen, 2016). Forskning viser at det er viktig at sykepleieren skaper en tillitsfull relasjon til pasienten, slik at samtale om pasientens åndelige- og eksistensielle bekymringer muliggjøres (Stajduhar et al., 2010; Tornøe et al., 2015). Det fremkommer også av forskningsfunn at mange sykepleiere synes åndelig- og eksistensiell ivaretakelse er vanskelig (Tornøe et al., 2015; Molnes, 2015).

3.2.3 Joyce Travelbees relasjonsteori

Ifølge Travelbee er etablering av et menneske-til-menneskeforhold mellom sykepleier og pasient det overordnede målet ved all sykepleie (1999, s. 211). Karakteristika ved et slikt forhold er at både pasient og sykepleier føler og erfarer en gjensidig forståelse og kontakt. Det oppleves godt og konstruktivt hos begge parter. Stereotyper av rollene som ”pasient” og ”sykepleier” uteblir, og de ser på hverandre som unike individer. Et menneske-til-menneskeforhold oppnås etter at sykepleier og pasient har vært gjennom en gjensidig prosess bestående av fire sammenhengende faser; det innledende møtet, framvekst av identiteter, empatifasen, samt sympati og medfølelse. Det er sykepleieren som har ansvaret for etablering og opprettholdelse av et slikt forhold (Travelbee, 1999).

Et menneske-til-menneskeforhold har som fremste kjennetegn at den sykes sykepleiebehov blir ivaretatt av sykepleieren (Travelbee, 1999, s. 178). Ivaretakelse av pasientens sykepleiebehov innebærer i dette forholdet at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk, kombinert med anvendelse av en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte. En disiplinert intellektuell tilnæringsmåte innebærer at sykepleieren må kunne utøve en logisk problemtilnærming. Videre må hun inneha og anvende begreper og prinsipper fra teoretisk kunnskap og kompetanse i den praktiske utøvelsen av sykepleien. Sykepleieren vil ved denne tilnæringsmåten kunne møte pasienten med en åpen holdning, samtidig som hun innehar kunnskap (Travelbee, 1999, s. 42-43). Å bruke seg selv terapeutisk innebærer at sykepleieren anvender sin egen personlighet og kunnskap bevisst og målrettet. Hensikten er at sykepleieren bruker dette som et element i etableringen av et menneske-til-menneskeforhold til pasienten, strukturerer sykepleieintervensjonene og dermed lindrer den sykes plager. For å få til dette

kreves det at sykepleieren anvender fornuft og intelligens på en god og strukturert måte. Hun må ha evne til selvinnsikt og en forståelse av egen og andres atferd og drivkreftene bak, samt inneha en dyp menneskelig forståelse (Travelbee, 1999, s. 44-46).

Et menneske-til-menneskeforhold vil ifølge Travelbee også muliggjøre at sykepleieren kan hjelpe pasienten til å finne håp og mening i hans situasjon. Likeså kan sykepleieren ved denne mellommenneskelige relasjonen hjelpe den syke til å mestre opplevelsen av sykdom og lidelse (Travelbee, 1999).

3.2.4 Kommunikasjon

Ifølge Travelbee er kommunikasjon en kontinuerlig prosess, hvor det forekommer overføringer av budskap som meninger, tanker og følelser (1999). Et budskap kan bestå av ulike signaler og tegn, som ofte formidles både verbalt ved hjelp av ord og nonverbalt gjennom kroppsspråk og berøring. Det kalles kongruens dersom det som sies verbalt samsvarer med det som signaliseres nonverbalt og inkongruens ved uoverensstemmelse. Personene i et kommunikasjonsforhold står i et gjensidig påvirknings- og utvekslingsforhold. Den andres signaler sammen med egne fortolkninger danner grunnlag for opplevelse av nærhet og distanse, tillit og mistillit, samt samspill og konflikt (Eide & Eide, 2007).

I en helsefaglig sammenheng vil et gjensidig påvirknings- og utvekslingsforhold innebære at sykepleieren anvender kommunikasjon til å søke og gi informasjon, mens den syke anvender kommunikasjon i et ønske om hjelp (Travelbee, 1999). Relasjonen er dermed asymmetrisk, da det er en forskjell mellom partene ved at sykepleieren besitter den kompetanse som pasienten etterspør (Reitan, 2010). All kommunikasjon i en helsefaglig sammenheng mellom sykepleier og pasient gir sykepleieren mulighet til å få innsikt i og kjennskap til den syke som menneske. Sykepleieren kan på bakgrunn av dette identifisere, hjelpe og ivareta pasientens individuelle sykepleiebehov (Travelbee, 1999). Kommunikasjonen er pasientrettet og har som formål å være hjelpende. Karakteristika for hjelpende kommunikasjon er at sykepleieren er anerkjennende, skaper trygghet og tillit, og tilpasser måten informasjonsformidlingen foregår i henhold til pasientens premisser. Videre er hjelpende kommunikasjon karakterisert av at sykepleieren lytter aktivt og observerer og fortolker verbale og nonverbale tegn og signaler. Sykepleieren oppretter en god og likeverdig relasjon, viser respekt og imøtekommer pasientens behov på en barmhjertig måte. Hun stimulerer den sykes ressurser og muligheter,

strukturerer samhandlingssituasjoner, modellerer alternative perspektiver og åpner for nye handlingsvalg, samt forholder seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål (Eide & Eide, 2007, s. 20-21). Å speile følelser ved at sykepleieren forteller pasienten det hun observerer av reaksjoner og uttrykk hos pasienten, kan også være hjelpende. Sykepleieren må samarbeide med pasienten om å finne frem til gode beslutninger og løsninger (Eide & Eide, 2007).

Sykepleieren må være i stand til å anvende den informasjonen hun får kjennskap til i planlegging av sykepleieintervensjoner. Kommunikasjonen kan brukes som et middel til å skape et menneske-til-menneskeforhold. På så måte kan kommunikasjon være en hjelp til å oppnå sykepleiens mål og hensikt (Travelbee, 1999).

3.2.5 Palliasjon i hjemmesykepleien

Palliativ omsorg i hjemmet kan defineres som ”den palliative behandling, pleie og omsorg som pasient og pårørende trenger når pasienten tilbringer hele eller deler av den siste tiden av livet i hjemmet” (Rønning et al., 2008, s. 213). Det vil ved hjemmebasert palliativ omsorg være viktig at pasienten opplever trygghet og tillit til at hjemmesykepleieren kan tilby kvalifisert hjelp i form av pleie, omsorg og behandling (Rønning et al., 2008). Dette forutsetter kontinuitet ved at helhetlige, samordnede og fleksible pleie- og omsorgstilbud kan tilbys (Haugen & Aass, 2016). En pasientansvarlig sykepleier kan bidra til å koordinere og følge opp pasientens pleietilbud, ha ansvar for den faglige oppfølgingen og bidra til kontinuitet (Fjørtoft, 2016, s. 210). Likeså viser forskning at dersom pasienten forholder seg til et fåtall helsepersonell, vil dette også bidra til trygghet og opplevelse av kontinuitet (Stajduhar et al., 2010). Profesjonell helsehjelp må til enhver tid være tilgjengelig. Det må foregå et nært, godt og forpliktende samarbeid både mellom primær- og sekundærhelsetjenesten, internt mellom helsepersonell i kommunehelsetjenesten, samt mellom hjemmesykepleieren, pasienten og de pårørende. Ved utøvelse av palliativ omsorg i pasientens hjem, har sykepleieren en unik mulighet til å gjøre seg kjent med den sykes totale situasjon (Rønning et al., 2008).

3.2.6 Rammefaktorer i hjemmesykepleien

Kompetanse hos hjemmesykepleieren og annet personell arbeidende i hjemmesykepleien er av avgjørende betydning for om pasientens sykepleiebehov blir ivaretatt og fulgt opp faglig

forsvarlig. Kompetanse er videre viktig for helsehjelpens kvalitet (Fjørtoft, 2016, s. 162). Ved sykepleie til palliative kreftpasienter i hjemmet kreves det palliativ sykepleiekompetanse. Det innebærer at kommunikasjonsferdigheter på både det profesjonelle og det personlige plan må være tilstede hos hjemmesykepleieren (Rønning et al., 2008, s. 218-219).

I hjemmesykepleien må sykepleier så vel som pasient også forholde seg til den tiden sykepleieren har til rådighet i hjemmet. Tiden er et viktig element, som gjerne har betydning for utøvelse av personsentrert sykepleie tilpasset den enkelte pasients individuelle behov. For liten tid og tidspress som følge av sykepleierens mange daglige hjemmebesøk, kan oppleves vanskelig for både sykepleier og pasient (Fjørtoft, 2016). Forskningsfunn viser at tid er en viktig faktor for om åndelige- og eksistensielle behov blir ivaretatt (Balboni et al., 2013; Stajduhar et al., 2010; Molnes, 2015; Tornøe et al., 2015).

Ved utøvelse av sykepleie i hjemmet må sykepleieren kjenne til og overholde gjeldene lovverk, forskrifter, retningslinjer og etiske prinsipper (Molven, 2012). Av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a heter det at ”Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen” (1999). Å oppfylle dette kravet er ifølge § 3-1 i helse- og omsorgstjenesteloven kommunens ansvar. Kommunen må sikre at nødvendig helsehjelp tilbys enhver som oppholder seg i kommunen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Ved ivaretagelse av palliative pasienter som ønsker å være i eget hjem, vil ansvaret i all hovedsak ligge hos hjemmesykepleien i samarbeid med pasientens fastlege (Helsedirektoratet, 2015, s. 161). Av helsepersonelloven § 4 heter det at den helsehjelp som ytes skal være av faglig forsvarlig og omsorgsfull karakter, slik at pasientsikkerheten til enhver tid blir ivaretatt (1999). Å utøve faglig forsvarlig sykepleie innebærer en faglig minstestandard, som sikrer at den helsehjelpen som ytes til pasientene i helse- og omsorgstjenesten ikke påfører unødig skade, lidelse og smerte (Norsk sykepleierforbund, 2013). Faglig kunnskap hos sykepleieren skal ligge til grunn for den helsehjelp som ytes (Molven, 2012). Videre skal hjemmesykepleieren i henhold til helsepersonelloven § 39 og § 40 dokumentere relevante og nødvendige opplysninger i pasientens journal (1999).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskriver det etiske fundamentet i all sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2011). Dette innebærer blant annet idealer for hvordan utøvelse av god yrkesetikk kan praktiseres i sykepleiepraksis. Retningslinjene er gjeldende for alle sykepleiere, og inkluderer både praktiske og moralske handlinger som anses gode innenfor

sykepleien (Sneltvedt, 2012). De bygger på et grunnsyn hvor menneskets liv og iboende verdighet skal ivaretas i utøvelse av sykepleie. Sykepleien skal baseres på kunnskap sammen med omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene, slik de beskrives i FNs menneskerettighetserklæring (Norsk sykepleierforbund, 2011). I denne oppgaven er følgende punkter fra sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer av særlig relevans:

- 1.7 Sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner.
- 2.2 Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten.
- 2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.
- 2.9 Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 7-9).

4 Hvordan kan hjemmesykepleieren ved hjelp av kommunikasjon ivareta åndelige- og eksistensielle behov hos voksne palliative kreftpasienter i hjemmet?

I dette kapittelet vil oppgavens problemstilling drøftes i lys av presentert teori og aktuell forskning.

4.1 Å etablere en tillitsfull relasjon

Å yte omsorg for en palliativ kreftpasient kan både foregå i en relasjon og som en relasjon. For at sykepleieren skal kunne kommunisere med en palliativ kreftpasient om hans åndelige og eksistensielle behov, vil en viktig forutsetning være at det etableres en tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient (Hirsch & Røen, 2016). Dette gjenspeiles i forskningen til Sandsdalen et al. I studien fremkommer det at palliative pasienter påpeker viktigheten av at forholdet til sykepleieren er basert på respekt, tillit, vennlighet og tålmodighet (2015). Forskningsfunn fra Tornøe et al. viser at tillit er en helt grunnleggende forutsetning for samtale om åndelige- og eksistensielle tema (2015). En slik relasjon synes å måtte ligge til grunn for at palliative kreftpasienter er villige til å åpne seg for sykepleieren angående deres åndelige- og eksistensielle bekymringer. Viktigheten av å etablere en tillitsfull relasjon samsvarer med Travelbee sin relasjonsteori. Hun mener at det ved etablering av et menneske-til-menneskeforhold vil oppnås en gjensidig forståelse og kontakt mellom pasienten og sykepleieren. I følge Travelbee medfører en slik relasjon at sykepleieren har og klarer å formidle et oppriktig ønske om å hjelpe pasienten med å lindre lidelse og gi emosjonell støtte, og pasienten har utviklet tillit til sykepleieren. Sykepleieren vil dermed ha mulighet til å kunne nå omsorgens mål og hensikt, nemlig å ivareta pasientens individuelle behov (Travelbee, 1999).

Det innledende møtet er det første stadiet i etableringen av et menneske-til-menneskeforhold. Travelbee hevder at observasjoner, utvikling av antakelser og meninger foretas av begge parter fra første stund i det innledende møtet. Dernest mener Travelbee at dette gir bestemte følelser hos både sykepleier og pasient, som vil danne grunnlaget for atferd og reaksjoner i videre relasjonsetablering (1999, s. 186-187). Stajduhar et al. sine forskningsfunn viser at palliative pasienter opplever det første møtet med sykepleieren som svært viktig for videre

relasjonsetablering (2010). Etablering av en tillitsfull relasjon krever imidlertid kommunikasjonsferdigheter hos sykepleieren (Hirsch & Røen, 2016). Måten sykepleieren kommuniserer på til pasienten, verbalt så vel som nonverbalt, er av stor betydning for om den syke opplever nærhet eller distanse. Kommunikasjonens karakter vil også være av betydning for tillit versus mistillit og følelse av samspill eller konflikt (Eide & Eide, 2007). Travelbee hevder at sykepleieren kan lære kommunikasjonsferdigheter ved hjelp av at hun bruker seg selv terapeutisk sammen med en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte (1999). En måte å forstå dette på kan være at det i etablering av en tillitsfull relasjon er betydningsfullt at hjemmesykepleieren anvender sitt intellekt, sin fagkunnskap, sin menneskekunnskap og livskunnskap til å tilpasse tilnærmingen og kommunikasjonen til den enkelte pasient.

For pasienter som mottar hjemmesykepleie kan det oppleves uvant å skulle få helsepersonell inn i sitt eget private hjem (Fjørtoft, 2016). Forskning viser at det er av stor betydning at sykepleieren kommuniserer respekt for hjemmet, ved å akseptere og signalisere til pasienten at hjemmet er pasientens territorium (Molnes, 2015). Det at sykepleieren viser ydmykhet for hjemmets verdier vil kunne ha betydning for utvikling av tillit. Fjørtoft hevder at hjemmesykepleieren også har en unik mulighet til å oppnå kontakt og tillit ved å være i pasientens hjem. Hennes begrunnelse er at sykepleieren kan samtale med pasienten angående det hun observerer av bilder, bøker, møbler og andre ting i hjemmet, hvor slike objekter kan fortelle noe om hvem nettopp dette mennesket er (2016). Jeg vil tro at samtale om effekter i hjemmet, slik Fjørtoft og Molnes viser til, vil kunne gi pasienten en bekreftelse på at sykepleieren er genuint interessert i å bli kjent med ham. Hennes interesse kan sannsynligvis bidra til at pasienten opplever at hjemmesykepleieren bekrefter hans verdighet, og som mer enn en pasient. Slik jeg ser det, kan det tenkes at dette kan være en faktor i etablering av en tillitsfull relasjon.

I Stajduhar et al. sin studie fremkommer det at mange palliative pasienter foretrekker å forholde seg til en eller få sykepleiere som kjenner dem godt, og som er tilgjengelig og forpliktet til omsorgen. Dette skaper for mange en trygghet. Det fremkommer også at palliative pasienter anser det viktig å føle seg prioritert og tatt vare på (2010). Det kan derfor tenkes at kommunehelsetjenesten bør tilstrebe at pasienten tildeles en pasientansvarlig sykepleier. Denne type ordning vil kunne gi opplevelse av kontinuitet, forutsigbarhet og bidra til trygghet. Slik kan etablering av gode relasjoner mellom pasient og sykepleier fremmes (Rønning et al., 2008). For øvrig er det et faktum at pasienten også må forholde seg til andre

sykepleiere og helsepersonell i hjemmesykepleien. Den pasientansvarlige sykepleieren er ikke døgntilgjengelig, og dokumentasjon i pasientens journal vil derfor være av avgjørende betydning for å fremme individuell sykepleie (Fjørtoft, 2016). Dokumentasjonen er blant annet av betydning for kontinuitet, slik at annet helsepersonell kan stille forberedt i kontakt med pasienten. Samtidig bidrar dokumentasjonen til overholdelse av helsepersonelloven § 4 om faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet, samt § 39 om dokumentasjonsplikt (1999). Det er rimelig å si at dersom helsepersonell stiller forberedt ved å ha lest i pasientens journal, kan dette forhindre at den syke blir stilt samme spørsmål flere ganger. Gjentakende spørsmål vil muligens virke utmattende på den palliative pasienten. Den syke kan allerede være plaget av fatigue og andre belastende konsekvenser av sin kreftsykdom.

På en annen side kan det tenkes at tildeling av en pasientansvarlig sykepleier kan være uheldig for pasienten, dersom sykepleier og pasient ikke kommer overens. Også manglende kunnskaper og kommunikasjonsferdigheter hos den pasientansvarlige sykepleieren kan i verste fall påføre den palliative pasienten unødig lidelse. Eksempelvis kan manglende kunnskaper og ferdigheter medføre at signaler for åndelig- og eksistensielle behov ikke blir identifisert og ivaretatt. Dette begrunnes i at hjemmesykepleieren hovedsakelig er alene hos pasienten (Rønning et al., 2008). Dersom sykepleieren ikke innhenter nødvendig bistand og ikke innser sine egne kunnskapsmessige begrensninger, vil dette stride imot § 4 i helsepersonelloven om faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie (1999), og punkt 1.7 i sykepleieres yrkesetiske retningslinjer. Likeså vil fraværende åndelig- og eksistensiell omsorg være brudd på punkt 2.2, 2.3 og 2.9 i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Eide og Eide påpeker også betydningen av kongruens versus inkongruens for opplevelse av tillit mellom pasient og sykepleier. Dersom pasienten opplever at sykepleierens nonverbale kommunikasjon ikke samsvarer med det hun sier verbalt, kan konsekvensen bli at tilliten svekkes. Dette kan igjen være en negativ faktor i etablering av en tillitsfull relasjon. Hvis sykepleieren på en annen side viser overenskomst mellom det hun sier og uttrykker gjennom kroppsspråk, vil dette imidlertid kunne virke positivt for pasientens opplevelse av tillit (Eide & Eide, 2007). Det er ifølge Hirsch og Røen viktig at sykepleieren signaliserer et reelt ønske om å bli kjent med personen bak sykdommen, og dermed bekrefter pasienten som det unike og verdifulle menneske han er (2016). Eide og Eide hevder at kommunikasjonssignaler fra sykepleieren som respekt, godhet, bekreftelse og en vilje til å utforske, kan være positive

elementer for relasjonen mellom sykepleieren og den palliative pasienten (2007). Slike signaler kan igjen ha betydning for om pasienten ønsker å fortelle sykepleieren om det som oppleves vanskelig og sårbart i palliativ fase (Hirsch & Røen, 2016). Sett fra en annen side kan det tenkes at det er en balansegang. Det vil være pasientens sykepleiebehov som sykepleieren må ha i fokus, ikke hennes eventuelle egne nysgjerrighet når det skal etableres en tillitsfull relasjon og samtale om åndelige- og eksistensielle tema. Det kan tenkes at dersom sykepleieren er for pågående og utforskende til pasientens tanker og følelser, kan dette oppleves som mer krenkende for pasienten enn som hjelpende. Slik jeg ser det, kan i så fall denne type signaler være faktor til tap av tillit og dermed virke mot sin hensikt.

Reitan hevder at ethvert forhold mellom hjemmesykepleieren og pasienten er asymmetrisk, da pasienten er avhengig av sykepleierens profesjon og kunnskaper. Dermed blir det en viss maktforskjell (2010). Dette kan oppfattes som en motsetning til Travelbee. Hun hevder at målet er å nå en likeverdig relasjon mellom pasient og sykepleier, hvor stereotypene av rollene som pasient og sykepleier uteblir (1999). Det kan tenkes at Reitan beskriver den faglige dimensjonen som asymmetrisk, mens Travelbee beskriver den mellommenneskelige relasjonen som likeverdig, og slik sett symmetrisk. Den palliative pasienten er på sin side i en sårbar situasjon, noe som gir sykepleieren et moralsk ansvar i å anvende sin makt hensiktsmessig og til det beste for pasienten (Sneltvedt, 2012). Sykepleieren kan gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon signalisere om hun bekrefter eller avkrefter, anerkjenner eller unnviker pasientens behov for åndelig- og eksistensiell ivaretagelse (Eide & Eide, 2007). Jeg vil tro at måten sykepleieren anvender sin makt på, kan ha betydning for den palliative pasientens opplevelse av tillit. Dette kan igjen ha påvirkning på om den syke er villig til å kommunisere med sykepleieren om sine vanskelige tanker omkring det å snart skulle dø.

I tillegg til det innledende møtet, mener Travelbee det er nødvendig at sykepleieren og pasienten må gjennom fasene fremvekst av identiteter, utvikling av empati, samt utvikling av sympati og medfølelse. Kun da kan det ifølge Travelbee oppnås gjensidig forståelse og kontakt og dermed et menneske-til-menneskeforhold (1999). Stajduhar et al. sine funn viser at palliative pasienter verdsetter opplevelse av at sykepleieren er alliert og har et oppriktig ønske om å hjelpe og ivareta den sykes individuelle behov. Funnene viser videre at dette for mange pasienter vil være av stor betydning for opplevelse av tillit og verdighet (2010). Til tross for viktigheten av at sykepleieren gjennom kommunikasjon signaliserer at hun er alliert med pasienten, kan det fra en annen side tenkes at det også vil være viktig at sykepleieren ikke blir

for følelsesmessig involvert. Slik involvering kan muligens hemme henne i å utøve profesjonell sykepleie. En pasientansvarlig sykepleier vil gjerne være i daglig kontakt med pasienten og eventuelt pårørende. Ifølge Fjørtoft kan denne daglige kontakten noen ganger medføre at skillet mellom å være sykepleier på besøk som en profesjonell fagperson kontra en gjest i pasientens hjem, bli mindre klart (2016). En måte å forstå dette på kan være at ivaretagelse av en profesjonell avstand vil kunne være viktig for at pasientens behov blir ivare tatt til det beste for pasienten.

I hjemmesykepleien må sykepleieren så vel som pasienten også forholde seg til den tiden sykepleieren har til rådighet, noe som også kan utfordre utviklingen av en tillitsfull relasjon. På den ene siden kan begrenset tid være faktor til stress, og derav ha en negativ påvirkning på kommunikasjonens og omsorgens kvalitet (Fjørtoft, 2016). Dersom sykepleieren imidlertid gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon viser mental tilstedeværelse til tross for begrenset besøkstid, kan det tenkes at dette vil være viktig i etableringen av en tillitsfull relasjon. I Stajduhar et al. sine forskningsfunn fremkommer det at mange palliative pasienter ikke opplever den målbare tiden som det viktigste. Den ekte tilstedeværelsen sykepleieren kommuniserer gjennom nærvær og engasjement i løpet av den tiden hun har til rådighet, viser seg å være mest betydningsfull. Av studien fremkommer det også at mange palliative pasienter verdsetter at hjemmesykepleieren gjennom kommunikasjon holder direkte øyekontakt og setter seg ned i motsetning til å stå. Likeledes påpeker pasientene betydningen av at sykepleieren lytter aktivt, viser en ro i sitt kroppsspråk og ikke uttrykker oppjagethet i stemmeleie (Stajduhar et al., 2010). Slik jeg ser det, kan sykepleieren gjennom slik nonverbal kommunikasjon også redusere opplevelse av en autoritær forskjell, og dermed bidra til en mer likeverdig relasjon. Dette kan igjen tenkes å ha betydning for pasientens opplevelse av tillit.

4.2 Kommunikasjonsmessige utfordringer ved åndelig- og eksistensiell ivaretagelse

På tross av begrensede ressurser og tid, viser funn fra Tornøe et al. sin studie at sykepleierne arbeidende i sykehus forsøkte så godt de kunne å yte åndelig- og eksistensiell omsorg. Likevel fremkommer det også i denne studien at noen sykepleiere bruker mangel på tid som unnskyldning for å unngå å snakke med palliative pasienter om deres åndelige- og eksistensielle behov (2015). Det kan tenkes at slike funn også har overføringsverdi til noen

hjemmesykepleiere. I så fall er tidsfaktoren på den ene siden en ramme som hjemmesykepleieren må forholde seg til, og mangel på tid kan derfor være en reell årsak som setter hindringer for åndelig- og eksistensiell omsorg. Ivaretagelse av slike behov krever gjerne mer tid enn den tiden sykepleieren har til rådighet, noe som kan være grunn til at sykepleieren ikke kan imøtekomme og ivareta pasientens åndelige- og eksistensielle behov der og da (Fjørtoft, 2016). I slike tilfeller vil jeg tro det kan være hensiktsmessig at sykepleieren informerer pasienten om at den tiden hun nå har til rådighet ikke strekker til for en slik samtale. Likevel kan det tenkes at sykepleieren kan anerkjenne pasientens behov for åndelig- og eksistensiell ivaretagelse, ved at hun avtaler med pasienten at hun ved neste besøk sørger for at det er avsatt nok tid.

På en annen side kan det tenkes at sykepleierens unnskyldning for manglende tid kan ses i lys av Molnes forskningsfunn. Forskningen viser at mange hjemmesykepleiere synes det er vanskelig å samtale med pasientene om slike behov. Funnene begrunnes i at samtale om åndelige- og eksistensielle tema krever mot. Derfor overfører mange sykepleiere slike samtaler til andre profesjoner som eksempelvis prest. Begrunnelsen er at de selv ikke mestrer kommunikasjon om slike tema. I samme studie fremkommer det også at noen sykepleieres unnvikelse for åndelig- og eksistensiell ivaretagelse kan ses i lys av at de forbinder det åndelige med det religiøse. Dette opplever noen sykepleiere at gjør det vanskelig å skulle imøtekomme og ivareta åndelige- og eksistensielle behov (Molnes, 2015). Molnes funn gjenspeiles i Tornøe et al. sine forskningsfunn, hvor det også fremkommer at noen sykepleiere synes det er vanskelig med åndelig- og eksistensiell ivaretagelse. Funnene viser imidlertid at dette er fordi de utsettes for sin egen frykt og angst knyttet til død og lidelse (2015). Dette kan relateres til at sykepleieren i møte og samtale med palliative kreftpasienters søken etter mening og svar i åndelige- og eksistensielle spørsmål, blir utfordret personlig på så måte at egne tanker, følelser og reaksjoner aktiveres (Kalfoss, 2010). Det asymmetriske forholdet utfordres da av en gjensidig felles eksistensiell sårbarhet, som medfører en symmetri mellom pasient og sykepleier på dette området (Reitan, 2010). For at sykepleieren skal kunne bruke seg selv terapeutisk og slik kunne hjelpe den palliative pasienten med sine åndelige- og eksistensielle behov, hevder Travelbee at en forutsetning vil være at sykepleieren selv har kommet til klarhet i egne forestillinger og oppfatninger angående sykdom, lidelse og død (1999, s. 45). Dette gjenspeiles i Tornøe et al. sin forskning hvor det fremkommer at en viktig forutsetning for åndelig- og eksistensiell ivaretagelse er at sykepleieren har selvinnsett,

og har kommet til enighet med seg selv om sine følelser og tanker angående egen sårbarhet (2015).

Tornøe et al. sin forskning viser at åndelig- og eksistensiell omsorg krever kompetanse, modig nærvær, modenhet og vilje til å bli berørt av pasientens tårer og følelser (2015). Av Balboni et al. sin kvantitative amerikanske studie fremkommer det imidlertid at de fleste sykepleierne aldri hadde fått opplæring i å utøve åndelig- og eksistensiell ivaretagelse til palliative pasienter. Studiens funn viser også at den viktigste predikatoren for sykepleiernes fraværende ivaretagelse, nettopp var manglende opplæring i slike tema. Imidlertid viser også forskningens funn at 79 prosent av sykepleierne som deltok i studien, ønsket slik opplæring (Balboni et al., 2013). Det kan tenkes at manglende kompetanse i slik omsorg også er gjeldende for mange norske sykepleiere. I så fall er det sannsynlig at mangelfull kompetanse kan være en viktig grunn til at åndelig- og eksistensiell ivaretagelse i noen grad har tendenser til å nedprioriteres av sykepleiere i hjemmesykepleien. Slik jeg ser det, vil det være et viktig tiltak at det i hjemmesykepleien tilrettelegges for samtaler og trening på åndelig- og eksistensiell ivaretagelse. Det kan gjelde trening både mellom sykepleiere innad i hjemmesykepleien, samt trening i praksis med palliative kreftpasienter. Tiltak som opplæring og trening foreslås også i Balboni et al. sin studie, samt i faglitteratur (2013; Hirsch & Røen, 2016). Økt kompetanse kan igjen medføre at sykepleieren kan yte helhetlig omsorg hvor åndelige- og eksistensiell ivaretagelse også vektlegges, og dermed overholde sykepleierens yrkesetiske retningslinjer og gjeldende lovverk.

Fysisk berøring kan være et nonverbalt uttrykk for at sykepleieren kommuniserer omsorg, verdighet og støtte (Eide & Eide, 2007). Slik jeg ser det, kan derfor fysisk berøring tenkes å være betydningsfullt ved åndelig- og eksistensiell ivaretagelse. På den ene siden viser Sandsdalen et al. sine forskningsfunn at fysisk berøring oppleves som et viktig kommunikasjonssignal på at sykepleieren oppriktig bryr seg (2015). På en annen side kan det tenkes at noen palliative pasienter opplever det krenkende med fysisk berøring, som eksempelvis arm rundt skulderen eller holde i hånden. Sykepleierens fysiske berøring kan av noen også oppleves som nedlatende, på så måte at pasienten kan tolke dette som uttrykk for en autoritær forskjell. I så fall kan denne form for nonverbal kommunikasjon virke mot sin hensikt. Sykepleieren må derfor være var for den enkelte pasient, og tilpasse både sin nonverbale og verbale kommunikasjon i henhold til den enkelte pasients grenser (Eide & Eide, 2007).

4.3 Å identifisere øyeblikk for åndelig- og eksistensiell samtale

En viktig sykepleiefaglig ferdighet i åndelig- og eksistensiell ivaretagelse er å identifisere øyeblikk hvor samtaler om åndelige- og eksistensielle behov kan utføres (Sæteren, 2010). Av forskning fremkommer viktigheten av at sykepleieren avdekker øyeblikk hvor pasientens energinivå er av et slikt nivå at samtale om åndelige- og eksistensielle behov er mulig å gjennomføre (Tornøe et al., 2015). En måte å forstå dette på kan være at hjemmesykepleieren bør anvende sitt kliniske blikk sammen med observasjoner av verbale og nonverbale signaler som kan si noe om pasientens energinivå. Mange kreftpasienter kan eksempelvis ha plagsomme konsekvenser som følge av sin uhelbredelige kreftsykdom, deriblant fatigue og kvalme (Lorentsen & Grov, 2010). Det kan tenkes at slike plager kan være årsak til at pasienten ikke orker å samtale om åndelige- og eksistensielle behov. I så fall hevder Kaasa og Loge at en viktig sykepleieoppgave da blir å lindre den sykes fysiske plager, før det igangsettes samtale om åndelige- og eksistensielle tema (2008).

Hos palliative pasienter kan åndelig- og eksistensiell lidelse uttrykkes både verbalt og nonverbalt. Sett i betraktning av individuelle forskjeller, kan åndelig- og eksistensiell lidelse uttrykkes på ulike måter fra pasienten. Nonverbale tegn kan blant annet signaliseres gjennom at pasienten har fryktfulle øyne, rynket panne, tårer, sinne, tilbaketrekking, dårlig selvbilde, samt uro og endrede kroppsbevegelser (Sæteren, 2010). Verbalt kan åndelige- og eksistensielle behov fremkomme av samtale eller av noe pasienten sier, som kan indikere en dypere mening. I arbeidet med å forstå meningen bak verbale så vel som nonverbale observasjoner som kan tyde på åndelige- og eksistensielle behov hos pasienten, vil det være viktig at hjemmesykepleieren tar initiativ til å kommunisere med den syke. Slik kan hun få bekreftet eller avkreftet sine observasjoner som tyder på behov for åndelig- og eksistensiell omsorg (Hirsch & Røen, 2016). Speiling av følelser kan tenkes å være en kommunikasjonsteknikk i denne sammenheng. Likevel bør en forutsetning være at sykepleieren identifiserer gode øyeblikk for nettopp en slik samtale.

På en annen side viser også sykepleieres erfaringer i Tornøe et al. sin studie at åndelig- og eksistensiell lidelse kan uttrykkes spontant av noen palliative pasienter. Særlig gjelder dette når sykepleieren formidler tilstedeværelse og kommuniserer tid til å lytte (2015). Sæteren hevder at sykepleieren må ta hensyn til individuelle forskjeller hos enhver palliativ pasient. Mens noen pasienter er åpne og gjerne ønsker å snakke med sykepleieren om sine bekymringer, kan andre derimot være tilbakeholdne (Sæteren, 2010). Tornøe et al. sine funn

viser også at noen pasienter verken ønsker å kommunisere med sykepleieren eller andre om sine åndelige- og eksistensielle bekymringer, noe sykepleieren også må akseptere (2015). For øvrig kan signaler om at pasienten ikke vil samtale om slike tema, muligens knyttes til at øyeblikket sykepleieren identifiserer som passende, ikke samsvarer med pasientens ønsker. Det fremkommer av Olsson et al. sin studie at mange palliative pasienter opplever at det å bli presset til å snakke om åndelige- og eksistensielle temaer på et tidspunkt de anser som upassende, kan medføre tap av tillit og håp (2010). Likeså viser Molnes funn at noen sykepleiere har erfart at enkelte palliative pasienter fornekte sin sykdom, noe som også muligens kan være grunn til at den syke ikke vil snakke om åndelige- og eksistensielle tema (2015). Dermed tolker jeg det slik at det vil være viktig at sykepleieren anvender sitt faglige skjønn sammen med sine observasjoner og tar hensyn til pasientens premisser. Sæteren påpeker at sykepleieren må være var og tilpasse sin omsorg etter den palliative kreftpasientens egne ønsker og behov (2010). Tornøe et al. sin studie viser at det også er viktig at sykepleieren spør pasienten om tillatelse for slike samtaler, noe som også bekreftes i faglitteratur (2015; Hirsch & Røen, 2016).

4.4 Den personlige samtalen

Gjennom kommunikasjon i samtale med pasienten om åndelige- og eksistensielle tema, kan sykepleieren få innsikt i hva pasienten anser som meningsfylt og hva som gir håp. Hun kan også i samtale få innsikt i hvilke faktorer som bidrar til bekymring, opplevelse av meningsløshet, samt svekket håp, noe som kan være kilde til åndelig- og eksistensiell lidelse (Sæteren, 2010; Hirsch & Røen, 2016). Imidlertid vil det være individuelt hos enhver pasient hvilke håp han har og hva han opplever som meningsfullt og verdifullt, noe sykepleieren må ta hensyn til i sin omsorg (Sæteren, 2010). Travelbee hevder at en viktig sykepleieroppgave er å bistå pasienten i å beholde håpet og forhindre håpløshet, samt hjelpe den syke til å gjenvinne håp dersom dette er fraværende. Likeså vil en sykepleieroppgave ifølge Travelbee være å hjelpe den syke i å finne mening, uten at sykepleieren selv påtvinger eget syn (1999). Olsson et al. fant i sin studie at dersom palliative pasienter opplever mening med sin tilværelse, har dette betydning for den sykes opplevelse av håp (2010). Likeså viser funn fra en annen studie at det å ha håp i seg selv, kan gi opplevelse av mening (Sandsdalen et al., 2015). Dermed tolker jeg det slik at opplevelse av mening og håp kan ha en gjensidig

påvirkning for den sykes åndelige- og eksistensielle behov, og være faktorer til åndelig- og eksistensiell velvære.

Av Molnes forskningsfunn fremkommer det at palliative pasienter ofte har et ønske om å fortelle om sitt liv til sykepleieren, noe som kan være en bevisst så vel som ubevisst oppsummering av livet (2015). En måte å forstå dette på er at livshistorien kan være et behov hos pasienten for å gjøre opp en status over eget liv og derigjennom klargjøre seg for livets avslutning. En metode for at sykepleieren skal få et bilde av hva som eventuelt bekymrer pasienten, kan være å signalisere at hun er villig til å lytte til hans livsfortellinger (Sæteren, 2010). Dersom sykepleieren er lydhør for den sykes livshistorier, kan hun få innblikk i pasientens spørsmål angående eget liv, om det er noe han angrer på, om det er noe som er blitt gjort riktig, samt pasientens undringer angående muligheter til å finne fred (Hirsch & Røen, 2016). For øvrig kan det på en annen side være pasienter som ikke direkte forteller sykepleieren om sin livshistorie og sine bekymringer, men eksempelvis uttrykker åndelige- og eksistensielle behov gjennom nonverbale signaler som beskrevet i kapittel 4.3 (Sæteren, 2010). I lys av dette vil det være viktig at sykepleieren bruker sine sanser, og slik identifiserer både direkte og indirekte signaler som tyder på behov for åndelig- og eksistensiell omsorg (Busch & Hirsch, 2008).

Palliative kreftpasienter blir gjerne utfordret til å tenke over forhold knyttet til det å skulle dø, og hva som egentlig er meningen med livet (Sæteren, 2010). Molnes forskningsfunn viser at en viktig sykepleieroppgave vil være å hjelpe den enkelte pasient til å sette ord på hans individuelle åndelige- og eksistensielle bekymringer og tanker om fremtiden (2015). Det å vite at døden er nær kan for mange palliative pasienter oppleves som skremmende. Døden representerer noe ukjent, noe palliative kreftpasienter kan synes er vanskelig å forholde seg til (Hirsch & Røen, 2016). Å få ivaretatt sin personlige tro og livssyn er for mange et viktig behov i palliativ fase (Sandsdalen et al., 2015). Religion og tro kan blant annet være viktig for et håp om et liv etter døden (Torbjørnsen, 2014). I lys av dette viser Sandsdalen et al. sine forskningsfunn at flere palliative pasienter verdsetter at sykepleieren kommuniserer respekt og vilje til å tilrettelegge for at de får opprettholdt sin tro i palliativ fase (2015). Likeså kan en sykepleieroppgave være å tilby pasienten samtale med prest, dersom den syke signaliserer et ønske og behov om dette (Hirsch & Røen, 2016). På en annen side er det palliative pasienter som ikke har en religiøs tro (Hirsch og Røen, 2016). Uavhengig av om

pasienten er religiøs eller ikke, vil sykepleierens kommunikasjon av respekt for den sykes livssyn være viktig i åndelig- og eksistensiell ivaretagelse (Sæteren, 2010).

Sykepleieren kan erfare at noen palliative pasienter uttrykker en skyldfølelse eller en følelse av straff knyttet til det å skulle dø, og at dette er faktor til åndelig- og eksistensiell lidelse (Busch & Hirsch, 2008). Av Tornøe et al. sin studie fremgår det at opplevelsen av skyld hos noen, fortrinnsvis religiøse mennesker, kan knyttes til at de tror den uhelbredelige kreftsykdommen er en straff fra Gud som følge av deres synder (2015). Dette oppleves for mange som vanskelig, og kan hos enkelte utløse sinne og en følelse av å bli sviktet av en Gud de har hatt tiltro til, gjerne hele livet (Hirsch & Røen, 2016). Hos andre kan imidlertid følelsen av skyld stamme fra en oppfatning om at sykdommen eksempelvis er en straff for den livsstilen pasienten har levd (Molnes, 2015). Travelbee mener at den kjennskapen sykepleieren får gjennom samtale til pasientens individuelle oppfatninger, kan anvendes i arbeidet med å hjelpe den syke. Hun hevder at sykepleieren kan kommunisere at hun anerkjenner pasientens opplevelse av skyld, uten å overdrive eller bagatellisere pasientens åndelige smerte. Dette begrunner Travelbee i at slik opplevelse av skyld og straff oppleves sann og virkelig for pasienten, uavhengig av sykepleierens eget syn på situasjonen. Ved at sykepleieren kommuniserer anerkjennelse til pasienten, kan slike signaler ifølge Travelbee gi en følelse av å bli forstått. Sykepleierens verbale og nonverbale anerkjennelse til det pasienten forteller, kan skape refleksjoner hos pasienten angående skyldopplevelsens gyldighet (Travelbee, 1999). Travelbee hevder imidlertid også at det hos noen pasienter kan være en hjelp at sykepleieren tilstreber å bistå den syke til å godta sin menneskelighet, dersom han ikke aksepterer sin sykdom og opplever den som urettferdig, meningsløs og som en straff. Dette krever imidlertid at det er oppnådd et menneske-til-menneskeforhold. I så fall foreslår Travelbee at sykepleieren eksempelvis kan hjelpe pasienten ved hjelp av liknelser (1999). Liknelser kan forstås som historier som tydeliggjør at alle mennesker er sårbare og utsatt for sykdom. Sykepleierens liknelser kan ifølge Travelbee hjelpe pasienten til å forstå at ingen mennesker er fritatt for sykdom (1999).

Noen pasienters opplevelse av skyld kan imidlertid også trolig knyttes til opplevelse av samvittighetsnag. Det kan i samtale fremkomme at den syke plages av anger (Busch & Hirsch, 2008). En måte å forstå dette på kan være at enkelte pasienter sannsynligvis har uløste konflikter, som kan medføre bekymring. Av Tornøe et al. sine forskningsfunn fremkommer det at dersom pasienten får samtale om det som er vanskelig, vil han kunne oppleve lindring

(2015). Dermed er det sannsynlig at en sykepleieroppgave kan være å undersøke i samtale om det er mulig å få til en forsoning og tilgivelse sammen med pasienten. Dette kan ses i lys av Tornøe et al. sine forskningsfunn. Studiens funn viser til viktigheten av at sykepleieren oppmuntrer til forsoningsarbeid mellom familiemedlemmer, dersom dette er nødvendig (2015). Det kan videre tenkes at forsoningsarbeid muligens har betydning for pasientens opplevelse av indre fred.

Molnes studie viser også at sykepleiere kan oppleve i samtale med den palliative pasienten at det ikke alltid er døden i seg selv den syke frykter, men omstendigheter rundt døden (2015). Det kan i dialog med den palliative kreftpasienten formidles opplevelse av en rekke tap. Dette kan omhandle tap av familiær rolle, stolthet, utseende, tap av status og selvbylde, samt endrede forhold til familie, venner, kolleger og andre som står den syke nær. Mange palliative pasienter opplever å føle seg annerledes, og at de ikke lenger er den personen de ønsker å være (Hirsch & Røen, 2016). Slike opplevelser kan for noen pasienter gi følelse av meningsløshet (Sæteren, 2010). I tillegg til å lytte til det pasienten formidler, vil det her også være viktig at sykepleieren som en del av den åndelige- og eksistensielle ivaretagelsen hjelper pasienten med å forsones seg med seg selv (Hirsch & Røen, 2016). Av Sandsdalen et al. sin studie fremgår det at palliative pasienter verdsetter ivaretagelse av sin identitet og verdighet, noe som muligens kan knyttes opp mot sykepleierens arbeid med å hjelpe pasienten til å forsones seg med seg selv (2015). På den ene siden kan sykepleieren tilstrebe i nonverbal så vel som verbal kommunikasjon å bekrefte pasienten som den han er og ønsker å være, i motsetning til å kun se det syke ved pasienten. Ved at sykepleieren lytter til pasientens fortellinger om livet, kan hun identifisere momenter i hans historie som sier noe om hvem akkurat denne personen er. Dermed kan hun anvende den informasjonen hun får kjennskap til i samtale, som hjelp til å forstå hvordan pasienten ønsker å bli sett og møtt. At den syke får fortelle om tidligere livshendelser til en som ønsker å lytte, kan i seg selv oppleves som meningsfullt (Hirsch & Røen, 2016). På en annen side hevder Busch og Hirsch at det også er en viktig sykepleieroppgave å hjelpe pasienten med å forsones seg med den han er her og nå (2008). Til tross for at noen pasienter kan ha et ønske om å bli sett på som den de tidligere var av hjemmesykepleieren og andre som står den syke nær, vil det være rimelig å si at situasjonen er endret når pasienten befinner seg i palliativ fase. Slik jeg ser det, kan det tenkes at sykepleieren gjennom kommunikasjon kan hjelpe pasienten med å forsones seg med den han er nå. Jeg vil tro sykepleieren kan gjøre dette ved å bekrefte vedkommende som det verdifulle mennesket hun har lært han å kjenne. Selv om noen pasienter opplever tap i palliativ fase, vil

jeg tro det kan være hensiktsmessig for noen pasienter at sykepleieren minner de på at personligheten fortsatt er den samme. Likeså kan det tenkes at dersom sykepleieren gjennom kommunikasjon påpeker det positive hun har oppdaget ved pasienten gjennom relasjonen dem imellom, kan dette også være faktorer til å bekrefte pasientens verdighet. Sykepleieren kan videre muligens bidra til økt opplevelse av tilfredshet ved å kommunisere med pasienten om gledelige faktorer fra hans livshistorie som han finner mening i. Hirsch og Røen hevder at dersom sykepleieren i kommunikasjon klarer å anerkjenne og møte pasienten som det unike mennesket han er, kan dette i seg selv oppleves meningsfullt og lindrende for noen pasienter (2016).

Olsson et al. sin studie viser også at opplevelse av ensomhet kan forekomme hos noen pasienter i palliativ fase, og være årsak til åndelig- og eksistensiell lidelse og svekket håp (2010). Det er rimelig å si at det kan være mange grunner til ensomhet. I lys av at ethvert menneske ifølge Travelbee er unikt, kan det også tenkes at årsaken til opplevelse av ensomhet er av individuell karakter (1999). Slik jeg ser det, kan det her være hensiktsmessig at sykepleieren prøver å kartlegge årsaken til pasientens følelse av ensomhet ved hjelp av samtale med pasienten. Dermed kan det tenkes at hun kan planlegge sine sykepleieintervensjoner i henhold til pasientens individuelle behov. Olsson et al. sine forskningsfunn viser at ensomhet kan oppleves av den syke som følge av en følelse av å bære byrden av uheldelig kreftsykdom og frykten for døden alene. Videre fremkommer det at mange pasienter gjerne har et behov for å dele sine bekymringer med sin familie. Imidlertid belyses det i samme studie at behovet for samtale om sykdom og død ikke alltid er gjensidig hos familien (2010). På en annen side viser Tornøe et al. sine forskningsfunn at den palliative pasienten selv kan ha tendenser til å distansere seg fra denne type samtale. Studien viser at en grunn kan være at noen ønsker å skåne sin familie mot realiteten om at døden er nær. Samme studie viser også at sykepleiere har observert at manglende kommunikasjon om frykt og sorg kan medføre fremmedgjøring mellom den syke og familien (Tornøe et al., 2015). Slik jeg ser det, bør sykepleierens tilnæringsmåte og iverksettelse av sykepleietiltak relatert til pasientens ensomhet, tilpasses den enkelte pasient og familie og den individuelle årsaken. Gjennom kommunikasjon kan sykepleieren formidle at hun er en emosjonell støtte ved å være lydhør for pasienten, men også for det familien forteller. Ut fra den enkelte situasjonen bør sykepleieren ifølge Travelbee anvende sin disiplinerte intellektuelle tilnæringsmåte til planlegging av sykepleieintervensjoner (1999). Tornøe et al. sine funn viser at sykepleieren eksempelvis kan hjelpe pasienten med sin ensomhet, ved å oppmuntre den syke og familien til

å snakke sammen om sine følelser (2015). Sandsdalen et al. sine funn viser videre at mange palliative pasienter anser familien som den viktigste kilden til støtte, trygghet og mot i palliativ fase (2015). Selv tenker jeg at dette kan være viktige momenter sykepleieren må informere både pasient og pårørende om. God forståelse av betydningen for samvær kan muligens være en viktig faktor for motivasjon til åpenhet mellom den syke og familien. På en annen side kan verken pasient eller familien tvinges til å snakke om det de opplever som vanskelig. Det vil derfor være viktig at sykepleieren anvender sitt faglige skjønn til å forstå den enkeltes begrensninger og også akseptere dette (Tornøe et al., 2015).

5 Avslutning

Målet med denne oppgaven var å finne ut av hvordan hjemmesykepleieren ved hjelp av kommunikasjon kunne ivareta åndelige- og eksistensielle behov hos voksne hjemmeboende pasienter i palliativ fase rammet av inkurabel kreftsykdom. Oppgaven har vist meg at sykepleierens kommunikasjon må tilpasses den enkelte palliative pasient, da enhver pasient er unik og har individuelle behov. Fag- og forskningslitteratur viser at det vil være en viktig sykepleieroppgave å tilstrebe etablering av en tillitsfull relasjon med pasienten ved hjelp av kommunikasjon. I en tillitsfull relasjon kan hun gjøre seg kjent med den syke, og utøve personsentrert sykepleie tilpasset den enkeltes behov. En pasientansvarlig hjemmesykepleier kan bidra til trygghet for pasienten, og dermed øke muligheten for at den syke ønsker å dele sine bekymringer vedrørende åndelige- og eksistensielle forhold. Det ser ut til at et menneske-til-menneskeforhold bør opparbeides, slik at hjemmesykepleieren klarer å formidle en genuin og ekte interesse overfor den enkelte pasient. Samtidig vil pasienten i et slikt forhold ha utviklet tillit til sykepleieren. Sykepleieren har ved åndelig- og eksistensiell ivaretagelse et etisk ansvar i sin kommunikasjon, der det synes betydningsfullt å respektere pasientens grenser, bekrefte hans verdighet og imøtekomme og anerkjenne den enkeltes behov. At hjemmesykepleieren anvender sine sanser til å oppfatte både verbale og nonverbale signaler som kan tyde på åndelige- og eksistensielle behov, har vist seg å være viktig. Videre kan hjemmesykepleieren lytte, samtale og i samtalen gi respons, samt igangsette sykepleieintervensjoner i henhold til pasientens egne tanker og bekymringer omkring det å skulle dø og omstendigheter rundt døden. Likeså har det vist seg at sykepleierens evne til å identifisere øyeblikk som er passende for samtale om åndelige- og eksistensielle tema, kan spille en viktig rolle. For øvrig ser det ut til at utøvelse av god åndelig- og eksistensiell ivaretagelse krever at sykepleieren selv har kommet til klarhet i tanker og følelser som omhandler egen sårbarhet knyttet til frykt, angst og død. På denne måten kan hun bruke seg selv terapeutisk sammen med en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte for ivaretagelse av den enkeltes åndelige- og eksistensielle behov. God kompetanse innen kommunikasjon ser ut til å være en forutsetning. Trening og opplæring kan derfor være hensiktsmessig. Hjemmesykepleierens fagkunnskaper sammen med en mental tilstedeværelse i den tiden hun har til rådighet hos pasienten, har vist seg å være viktige faktorer for sykepleierens lindrende funksjon ved åndelig- og eksistensiell ivaretagelse i hjemmet. Likeså har oppgaven vist meg at sykepleieren bør være var for palliative kreftpasienters egne ønsker og behov, og tilpasse sin omsorg etter dette.

Litteraturliste

- Aakre, M. (2016). *Jakten på dømmekraft. Praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Abelsen, B., Gaski, M., Nødland, S. I., & Stephansen, A. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet* (rapport IRIS- 2014/328). Hentet fra <http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/helse-og-velferd/samhandlingsreformen/forskning-og-evaluering/iris-2014-382-samhandlingsreformens-konsekvenser.pdf?id=14863>
- Balboni, M., Sullivan, A., Amobi, A., Phelps, A., Gorman, D., Zollfrank, A., & Balboni, T.A. (2013). Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *Journal Of Clinical Oncology*, 31(4), 461-467. doi:10.1200/JCO.2012.44.6443
- Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thoresen, L. (2011). Svulster. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 123-145). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Brenne, A.-T., & Dalene, R. (2016). Symptomlindring av den døende pasienten. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (3. utg, s. 638-652). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Busch, C. J., & Hirsch, A. (2008). Eksistensiell og åndelig omsorg. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (2. utg, s. 115-141). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget

- Folkehelseinstituttet. (2016). Dødsårsaksregisteret – statistikkbank. Hentet 04.01.17 fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Haugen, D. F., & Aass, N. (2016). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (3. utg, s. 112-125). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hirsch, A., & Røen, I. (2016). Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (3. utg, s. 315-325). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kaasa, S., & Loge, J. H. (2008). Diagnostikk innen palliasjon –en generell innføring. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon. Nordisk Lærebok* (2. utg, s. 75-88). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kalfoss, M. H. (2010). Møte med lidende og døende pasienter –sykepleierens møte med seg selv. I H. Almås., D.-G. Stubberud., & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4.utg, s. 475-499). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kreftregisteret. (2016). *Cancer in Norway 2015*. Hentet fra https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2015/cin_2015.pdf
- Kreftregisteret. (Udatert, 20.03). Fakta om kreft. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>

- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås., D.-G. Stubberud., & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg, s. 401-437). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Mathisen, J. (2011). Sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3. Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg, s. 295-335). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Molnes, S. I. (2015). Sammen går vi døden i møte. *Norsk Tidsskrift for Helseforskning*, 11(2):141-152. doi: 10.7557/14.3718
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Norsk sykepleierforbund. (2013). *Faglig forsvarlighet* (3. utg.). Hentet fra https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig_forsvarlighet.pdf
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie –funksjon og ansvar. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg, s. 17-32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Odland, L.-H. (2012). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg, s. 23-41). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Olsson, L., Östlund, G., Strang, P., Grassman, E. J., & Friedrichsen, M. (2010). Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care. *International Journal Of Palliative Nursing*, 16(12), 607-612. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104986921>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2

- Reitan, A. M. (2010). Kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling* (3. utg, s. 102-120). Oslo: Akribe
- Reitan, A. M. (2010). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling* (3. utg, s. 21-34). Oslo: Akribe
- Rønning, M., Strand, E., & Hjermstad, M. J. (2008). Palliativ behandling utenfor sykehus-hjemmesykepleien. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (2. utg, s. 213-228). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Sandsdalen, T., Hov, R., Høye, S., Rystedt, I., & Wilde-Larsson, B. (2015). Patients' preferences in palliative care: A systematic mixed studies review. *Palliative Medicine*, 29(5), 399-419. doi:10.1177/0269216314557882
- Sneltvedt, T. (2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg, s. 97-110). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Stajduhar, K., Thorne, S., McGuinness, L., & Kim-Sing, C. (2010). Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(13/14), 2039-2047. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03158.x
- Stifoss-Hanssen, H., & Kallenberg, K. (1998). *Livssyn og helse. Teoretiske og kliniske perspektiver*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Sæteren, B. (2010). Åndelig og eksistensiell omsorg. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling* (3. utg, s. 304-316). Oslo: Akribe
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget
- Torbjørnsen, T. (2014). Ritualer og åndelig omsorg. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg, s. 538-548). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sørli, V. (2015). The challenge of consolation: nurses experiences with spiritual and existential care for the dying –a phenomenological hermeneutical study. *BMC Nursing*, 141-12.
doi:10.1186/s12912015-0114-6

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag