



Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov i livets slutfase

Kandidatnummer: 577
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 9892
Dato: 23.04.2019

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 22.04.2018
<p>Tittel: Ivaretakelse av åndelige og eksistensielle behov i livets slutfase.</p>	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier ivareta åndelige og eksistensielle behov hos pasienter i livets slutfase?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> I teorikapittelet benyttes relevant sykepleiefaglig litteratur for å belyse oppgavens problemstilling. Den palliative kreftpasienten og åndelige og eksistensielle behov presenteres, i tillegg til hjemmesykepleiens rammer, palliasjon, kommunikasjon, åndelig og eksistensiell ivaretakelse og Joyce Travelbees sykepleietenkning. Sykepleierens lindrende funksjon og juridiske og etiske aspekter er også inkludert.</p> <p><u>Metode</u> Det er benyttet litteraturstudie som metode i oppgaven. Det er brukt pensumlitteratur, annen relevant faglitteratur fra høgskolens bibliotek, fag- og forskningsartikler og relevante lover og retningslinjer. Databasene Cinahl og SweMed+ ble benyttet i søkeprosessen etter forskningsartikler. Det er også benyttet egne erfaringer fra praksis og arbeid i hjemmesykepleien.</p> <p><u>Drøfting</u> Oppgavens problemstilling drøftes i lys av valgt teori og aktuell forskning. Etablering av en trygg og tillitsfull relasjon, betydningen av sykepleierens kommunikasjonsferdigheter, utfordringer, kartlegging og registrering, åndelige og eksistensielle behov og lidelse og hvordan sykepleieren kan tilrettelegge for ivaretakelse av disse blir drøftet i lys av problemstillingen og hjemmesykepleiens rammer.</p> <p><u>Konklusjon</u> Åndelige og eksistensielle behov finnes hos alle, men har ulik plass i menneskers liv. Behovene aktualiseres i møte med inkurabel kreftsykdom. Åndelig og eksistensiell ivaretakelse har en sentral plass i helhetlig sykepleie til pasienter i livets slutfase, og gjennom å etablere en tillitsfull relasjon, benytte seg av kommunikasjonsferdigheter og kartleggingsverktøy kan sykepleieren få frem pasientens åndelige og eksistensielle behov og bidra til å ivareta disse. I tillegg kan dokumentasjon bidra til informasjonskontinuitet når personkontinuitet er vanskelig. Videre kan sykepleieren yte åndelig omsorg ved å tilrettelegge for at pasienten får ivaretatt sine åndelige og eksistensielle behov gjennom praktiske eller konkrete handlinger. Forskning og litteratur peker også på at åndelig og eksistensiell ivaretakelse kan være utfordrende for sykepleieren, og det kan være behov for kompetanseheving, refleksjonsgrupper og veiledning.</p>	

(Totalt antall ord:289)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensing og bregrepsavklaring.....	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Den palliative kreftpasient.....	4
2.2	Åndelige og eksistensielle behov.....	4
2.3	Sykepleierens lindrende funksjon	6
2.4	Hjemmesykepleien.....	6
2.4.1	Palliasjon i hjemmet.....	7
2.5	Joyce Travelbees sykepleieteori	8
2.6	Kommunikasjon og relasjon.....	9
2.7	Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov.....	10
2.7.1	Registrering og kartlegging av åndelige og eksistensielle behov	11
2.8	Juridiske og etiske aspekter.....	11
3	Metode.....	13
3.1	Litteratursøk.....	13
3.2	Kildekritikk.....	15
3.3	Etiske vurderinger.....	16
4	Presentasjon av forskningsresultater.....	17
5	Drøfting.....	20
5.1	Å etablere en trygg og tillitsfull relasjon	20
5.2	Kommunikasjonens betydning.....	22
5.2.1	Utfordringer ved åndelig og eksistensiell samtale	24
5.3	Kartlegging og registrering av åndelige og eksistensielle behov	25
5.4	Å ivareta pasientens åndelige og eksistensielle behov	27
5.4.1	Relasjonen til familien og de nære.....	27
5.4.2	Relasjonen til natur og kultur	28
5.4.3	Relasjonen til Gud og det hellige.....	29
6	Avslutning.....	31
7	Referanseliste.....	32
8	Vedlegg 1.....	37

1 Innledning

Antall mennesker diagnostisert med kreft i Norge er økende (Helsedirektoratet, 2015a), og i følge Kreftregisteret ble det i 2017 påvist 33564 nye krefttilfeller i Norge. I 2016 døde 10994 kvinner og menn av sin kreftsykdom (Kreftregisteret, 2018). Innføringen av samhandlingsreformen i 2012 har medført at kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder hjemmesykepleien, har fått større ansvar for oppfølging av pasienter med betydelige og sammensatte behov for behandling, pleie og omsorg (Birkeland & Flovik, 2018). Dette innebærer også lindrende behandling til alvorlig syke kreftpasienter i livets slutfase (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Studier viser at mange foretrekker mest mulig hjemmetid og få dø hjemme (Brogaard, Neergaard, Sokolowski, Olesen & Jensen, 2012; Helsedirektoratet, 2015b). Likevel viser tall fra Folkehelseinstituttet at det fremdeles er relativt få som avslutter livet i eget hjem. I 2016 var det 5400 personer som døde hjemme, noe som tilsvarer cirka 13% av alle dødsfall i Norge dette året (Folkehelseinstituttet, 2017). Den alvorlig syke og døendes ønske om hvor vedkommende ønsker å tilbringe den siste tiden skal imøtekommes så langt det lar seg gjøre (Helsedirektoratet, 2018; Fjørtoft, 2016). Å få tilbringe den siste tiden i ro hjemme med dem man er glad i, kan for mange være av betydning for opplevelsen av en verdig avslutning på livet (Birkeland & Flovik, 2018).

I følge Verdens helseorganisasjon er formålet med palliasjon å sørge for best mulig livskvalitet for pasienter med livstruende sykdom, og deres pårørende. Dette innebærer å sørge for lindring av pasientens fysiske smerter og symptomer, men også tiltak rettet mot å lindre psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle utfordringer pasienten opplever (WHO, u.å, Helsedirektoratet, 2015a) Det palliative fagområdet kjennetegnes ved en helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasient og de pårørende, med fokus på pasientens beste (Helsedirektoratet, 2015a). Den helhetlige tilnærmingen innebærer at sykepleieren ser pasienten som et hele og ikke som summen av de enkelte bestanddeler. Sykepleieren må forholde seg til både den fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjonen ved pasienten, og alt dette innebærer for den enkelte, slik som kropp, smerte, skam, sårbarhet, ressurser og kulturbakgrunn (Odland, 2016). I den siste livsfase vil mange pasienter, uavhengig av livssyn, bli opptatt av spørsmål og tanker av åndelig og eksistensiell karakter, og det er en viktig sykepleieoppgave å være oppmerksom på og møte dette på en god og respektfull måte (Helsedirektoratet, 2015a).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunn for valg av tema er en interesse som har oppstått gjennom studiene og egen arbeidserfaring fra hjemmesykepleien. Jeg har flere ganger vært med på å legge til rette for at palliative kreftpasienter kan få avslutte livet i kjente og trygge omgivelser i eget hjem, omgitt av familie og venner. Slik har jeg fått et innblikk i hvilken betydning dette kan ha både for pasienten og pårørende, samt viktigheten av at pasienten og pårørende føler seg ivaretatt og trygge i en ellers vanskelig og sårbar tid. Videre har undervisning og fokus på refleksjon og bevisstgjøring rundt åndelige og eksistensielle behov i de ulike praksisperiodene ført til et engasjement rundt temaet hos meg. Likevel er min opplevelse og erfaring fra praksisstudier og jobb at det fokuseres mer på konkrete prosedyrer, slik som kartlegging og lindring av fysisk smerte, munnstell og leiring, mens kartlegging og ivaretagelse av åndelig og eksistensiell behov havner i bakgrunn. I følge Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen er det mye som tyder på at åndelige og eksistensielle behov ikke blir godt nok ivaretatt i norsk helsevesen i dag (Helsedirektoratet, 2015a).

På bakgrunn av dette ønsker jeg å fordype meg i temaet åndelige og eksistensielle behov, hvordan dette kan komme til uttrykk hos den palliative pasienten, og hvordan jeg som fremtidig sykepleier i hjemmesykepleien kan bli tryggere og i bedre stand til å ivareta disse behovene. Videre håper jeg å kunne dele av min kunnskap med fremtidige kollegaer, og slik bidra til økt fokus og kunnskap rundt temaet.

1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i det ovennevnte har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleier ivareta åndelige og eksistensielle behov hos hjemmeboende pasienter i livets slutfase?”

1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

Oppgaven skal besvares gjennom å belyse viktigheten av kommunikasjonsferdigheter, sykepleier-pasient-relasjonen, kartlegging og ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov i praksis. Målgruppen for oppgaven er voksne kreftpasienter over 18 år med inkurabel sykdom i livets slutfase. Pasienten har et uttrykt ønske om mest mulig hjemmetid eller hjemmedød, og konteksten er lagt til hjemmesykepleien. De grunnleggende palliative prinsippene gjelder for alt helsepersonell som arbeider med palliative pasienter, og sykepleieren omtalt i oppgaven har fullført grunnutdanningen i sykepleie og har ingen videreutdanning (Helsedirektoratet, 2015a).

Fokus for oppgaven vil være på åndelig og eksistensiell ivaretagelse som del av helhetlig sykepleie, fysisk symptom- og smertelindring og kliniske observasjoner vil derfor ikke bli berørt i særlig grad. Pårørende er ofte avgjørende for at pasienter i livets slutfase kan være hjemme, og det er en forutsetning at både pasienten og de pårørende ønsker det. Til tross for at pårørende er en viktig ressurs blir dette kun belyst der det er naturlig for å svare på problemstilling, da det er sykepleier-pasient-relasjonen som er fokus for oppgaven (Brenne & Estenstad, 2016; Helsedirektoratet, 2015a).

I oppgaven vil begrepene livets slutfase og palliativ fase bli brukt synonymt. Palliativ fase kan defineres som en prosess som starter når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig og som avsluttes når pasienten dør (Helsedirektoratet, 2015a). En slik definisjon gir ingen estimat av forventet levetid, og fasen kan vare alt fra noen dager til flere måneder og år (Grov, 2014). Videre vil begrepene lindrende behandling og omsorg og palliasjon bli brukt som likeverdige begrep. Palliasjon stammer fra det latinske begrepet ”pallium” som betyr kappe, og kan ses som et uttrykk for beskyttelse og omsorg (Helsedirektoratet, 2015b).

Åndelighet har tradisjonelt blitt oppfattet synonymt med religiøsitet, og kan skape snevre assosiasjoner. Når begrepet brukes i dag er det derimot som en bredere betegnelse hvor religion er en av flere komponenter. I denne oppgaven vil hovedsakelig ordparet åndelig og eksistensiell bli benyttet, da dette er en god oversettelse av det engelske begrepet *spiritual*, og gir de rette assosiasjonene (Hirsch & Røen, 2016).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet vil det bli gitt en presentasjon av oppgavens målgruppe og kontekst, samt sykepleiefaglig teori som er relevant for problemstillingen. Aktuelle lovverk, forskrifter og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere blir også belyst. Videre blir Joyce Travelbees sykepleietenkning presentert i korte trekk.

2.1 Den palliative kreftpasient

Kreft er en potensielt dødelig sykdom forårsaket av en malign, eller ondartet, tumor. Ved malign tumorvekst skjer det ukontrollert og kontinuerlig celledeling, da tumorcellene er frikoblet fra organismens cellevekstkontroll. Disse tumorene kan invadere omkringliggende vev og metastasere til andre deler av kroppen (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016). For mange er kreft en fryktet sykdom, og er ofte forbundet med tanker om smerter og død (Lorentsen & Grov, 2016).

De fleste kreftpasienter mottar behandling med kurativ målsetting, men dersom dette ikke er vellykket går behandlingen over i livsforlengende eller palliativ behandling og omsorg (Kaasa & Loge, 2016). I den palliative fasen har pasienten ofte et sammensatt sykdomsbilde, og mange opplever å få intense og plagsomme symptomer, slik som smerter, fatigue og kvalme. Symptomene pasienten opplever vil variere over tid både i type og intensitet. Fysisk smerte kan på et tidspunkt være det dominerende symptomet, men når smerten er lindret kan andre problemer, slik som åndelig og eksistensiell smerte, bli fremtredende (Kaasa & Loge, 2016). Å leve med en inkurabel kreftsykdom og symptomene og plagene sykdommen bringer med seg kan føre til avmakt, redusert livskvalitet og truet verdighet hos pasienten. Også eksistensielle spørsmål kan bli aktualisert og forsterket. Behovet for menneskers nærvær, kompetent helsehjelp, lindring og moden trøst blir ofte stort i livets slutfase (Aakre, 2016).

2.2 Åndelige og eksistensielle behov

Åndelige og eksistensielle behov, samt ivaretagelsen av disse, inngår som det fjerde området i palliasjonen (Hirsch & Røen, 2016). Fremveksten av hospicefilosofien og det palliative fagfeltet har bidratt til økt oppmerksomhet rundt åndelige og eksistensielle behov i helsevesenet (Helsedirektoratet, 2015a). Åndelige behov har ulik plass i menneskers liv, men

aktualiseres hos mange ved inkurabel kreftsykdom. For de fleste vil en kreftdiagnose oppleves som en dramatisk, eksistensiell erfaring, og pasienten kan oppleve å bli utfordret med spørsmål og tanker knyttet til døden og meningen med livet. Flere beskriver også en redsel for eksistensiell ensomhet i møte med livstruende sykdom. Slike forhold berører pasientens eksistensielle og åndelige dimensjon (Sæteren, 2017).

I følge European Association for Palliative Care (u.å) er åndelige og eksistensielle behov en dynamisk dimensjon i pasientens liv. Åndelige og eksistensielle behov handler om pasientens relasjon til seg selv, andre, natur og kultur og til Gud, det betydningsfulle eller det hellige. I disse relasjonene søker, erfarer og uttrykker pasienten mening, håp, hensikt og transcendent (European Association for Palliative Care, referert til i Hirsch & Røen, 2016). Ved alvorlig sykdom blir disse relasjonene satt på prøve. Blant annet endres ofte forholdet til de nære, og pasienten makter ikke å delta i det sosiale livet på samme måte som før. Pasienten kan bli fysisk preget av den livstruende sykdommen, og bildet vedkommende har av seg selv kan bli endret og ugjenkjennelig. Dette kan oppleves som et betydelig tap og en sorg for pasienten. Videre kan pasienten streve med tanker og spørsmål av åndelig og eksistensiell karakter uten at det kommer til eksplisitt uttrykk, og tanken på tiden frem mot døden kan være preget av uvisshet og angst (Hirsch & Røen, 2016).

Den smaleste måten å definere begrepet åndelighet på er å si at den åndelige dimensjonen av mennesket handler om religiøsitet. En slik definisjon kan føre til at mange pasienter defineres utenom det åndelige, og bør derfor heller ses på som et paraplybegrep som rommer både det religiøse og det ikke-religiøse (Tveit, 2012). For noen kan åndelighet innebære en religiøs dimensjon, mens det for andre ikke har noe med religion å gjøre (Kalfoss, 2016). Den religiøse dimensjonen i åndelighet innebærer blant annet spørsmål om tro og tvil, fortapelse og evig liv, samt muligheten for tilgivelse og forsoning i møte med Gud og medmennesker (Helsedirektoratet, 2015a). 71% av Norges befolkning var fremdeles medlem av statskirken ved utgangen av 2017 (Den norske kirke, u.å). Likevel vet vi at Norge blir stadig mer sekularisert, flerreligiøst, og at mange velger alternative livssynsretninger. Dette krever at sykepleieren har kunnskap om ulike kulturers og trossamfunns referanserammer, og det er viktig at sykepleieren lytter og får tak i pasientens egen tolkningsramme (Sæteren, 2017).

2.3 Sykepleierens lindrende funksjon

Sykepleie som profesjon omfatter ulike funksjoner eller områder som utgjør sykepleierens funksjon- og ansvarsområde. I møte med alvorlig syke pasienter i palliativ fase aktualiseres blant annet sykepleierens lindrende funksjon. Sykepleierens lindrende funksjon går ut på å lindre, redusere eller begrense pasientens fysiske, psykiske, sosiale eller åndelige belastninger når pasientens problem i seg selv ikke kan fjernes (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016). Oppmerksomheten bør rettes spesielt mot pasientens livskvalitet, samt vedkomnes opplevelse og erfaringer knyttet til sykdom og lidelse. I dette inngår både å lindre smerte, men også å legge til rette for at pasienten kan uttrykke hvordan sykdom og behandling påvirker livsutfoldelsen (Nordtvedt & Grønseth, 2010). Sykepleieren har et ansvar for å møte den alvorlig sykes spesifikke behov og utfordringer, samt for å legge til rette for en verdig og fredelig død (Reitan, 2017).

2.4 Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien er en kommunal og lovpålagt helsetjeneste, som utføres i pasientens eget hjem når sykdom, svekket helse eller livssituasjon gjør at vedkomne trenger hjelp i kortere eller lengere tid (Fjørtoft, 2016; Helse og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-2). Formålet med hjemmesykepleien er at pasientene skal kunne bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig (Birkeland & Flovik, 2018). Sykepleiere i hjemmesykepleien kommer inn i mange ulike hjem, noe som gir et unikt innblikk i pasientens liv og livssituasjon. Hjemmet er for de fleste et privat og personlig sted som skaper sammenheng og mening i tilværelsen, og representerer trygghet og identitet (Fjørtoft, 2016). For mange kreftpasienter er det knyttet spenning både til sykdomsutvikling og til å skulle åpne hjemmet sitt for ukjente hjemmesykepleiere (Norås, 2017). Det er derfor viktig å vise respekt og forståelse for pasienten, samt at det blir avsatt nok tid til å bli kjent med den enkelte pasient, vedkommendes behov og preferanser (Birkeland & Flovik, 2018).

Mange kommuner organiserer hjemmesykepleien etter en bestiller-utfører-modell, hvor bestillerkontoret fatter vedtak etter pasientens behov, mens hjemmesykepleien utfører helsehjelpen som er fattet i vedtaket. En utfordring kan være å ivareta pasientens individuelle behov og autonomi i et system som i stor grad er styrt av vedtak. Det er avgjørende at

sykepleieren kjenner til hvordan tjenesten er organisert, og har evne og kunnskap til å påvirke og endre vedtakene ut i fra pasientens fortløpende behov og faglig forsvarlighet (Fjørtoft, 2016). Videre er tid den rammefaktoren som oftest blir trukket frem som styrende i helsetjenestene. Hverdagen i hjemmesykepleien er ofte hektisk og preget av stramme tidskjema, og tiden kan bli knapp til å imøtekomme alle pasientenes behov. Den gode samtalen og omsorg tar tid, og tidspress er et problem både pasienten og sykepleieren kan oppleve som vanskelig. I hjemmesykepleien kan dette bli ekstra tydelig da tiden må prioriteres hos den enkelte fordi det er flere pasienter som venter på besøk. Den anslåtte vedtakstiden bør derfor anses som veiledende, og det bør brukes den tiden som er nødvendig i hvert enkelt tilfelle (Fjørtoft, 2016).

2.4.1 Palliasjon i hjemmet

Grunnleggende palliasjon skal utøves i alle deler av helsevesenet med ansvar for alvorlig syke og døende pasienter, og dette inkluderer hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien bør i likhet med andre som utøver lindrende omsorg i helsetjenesten basere sitt arbeid på Dame Cicely Saunders hospicefilosofi. WHO's definisjon, som beskrevet innledningsvis, baserer seg på denne filosofien (Helsedirektoratet, 2015b). Sentralt i hospicefilosofien står bregrepet total pain som tar utgangspunkt i pasienten som et helt menneske med en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon, og at livstruende sykdom innvirker på alle dimensjonene ved pasienten (Strømskag, 2012).

Fokus på pasientens medbestemmelsesrett har bidratt til økt oppmerksomhet rundt å tilrettelegge for hjemmedød eller mest mulig hjemmetid. Å være hjemme og leve så normalt som mulig den siste tiden kan gi pasienten både håp og livskvalitet. Kompetent hjemmesykepleie, et lokalsykehus som stiller opp ved behov, i tillegg til god planlegging er nødvendig ved palliasjon i hjemmet. Videre må pasienten og de pårørende føle seg trygge. Dette innebærer en fleksibel hjemmesykepleie, tilgjengelige ressurspersoner og en plan for hvor pasienten kan henvende seg gjennom hele døgnet dersom problemer oppstår (Brenne & Estenstad, 2016). Palliasjon i hjemmet krever en tverrfaglig tilnærming, og pasienten har ofte ulike instanser rundt seg. Det kan være nødvendig med en pasientansvarlig sykepleier eller koordinator som er ansvarlig for kontinuiteten i helsehjelpen og koordinerer denne ut fra pasientens ønsker og behov (Birkeland & Flovik, 2018). Kontinuitet kan være viktig for

palliative pasienter som mottar hjemmesykepleie, bidrar til å skape tillit, samt er viktig for den enkeltes tilfredshet (Brenne & Estenstad, 2016).

2.5 Joyce Travelbees sykepleieteori

I Joyce Travelbees sykepleietenkning rettes fokuset mot sykepleiens mellommenneskelige dimensjon, og hun definerer sykepleie som ”en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1999). For å oppnå dette må sykepleieren målbevisst etablere og opprettholde et menneske-til-menneske-forhold med den syke. Forholdet kjennetegnes ved at sykepleieren og den syke har en opplevelse av gjensidig forståelse og kontakt, samt ved at de relaterer seg til hverandre som unike individer. Et menneske-til-menneske-forhold etableres etter at sykepleieren og den syke har gjennomgått fire interaksjonsfaser: det innledende møte, fremvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse (Travelbee, 1999). I følge Travelbee er evnen til å bruke seg selv terapeutisk et kjennetegn ved den profesjonelle sykepleieren, som innebærer at sykepleieren bruker sin egen personlighet og kunnskap bevisst og målrettet i etableringen av en relasjon med den syke. Hensikten er å fremme forandring hos den syke, og denne forandringen anses å være terapeutisk når den lindrer lidelse. For å oppnå dette må sykepleieren ha selvinnsett, innsikt i egen og andres atferd og drivkreftene bak, samt ha en dyp menneskelig forståelse (Travelbee, 1999).

Lidelse beskrives av Travelbee som en felles livserfaring som alle mennesker før eller senere vil oppleve, og kan ikke unngås da det er uløselig knyttet til det å være menneske. Det er en individuell og unik erfaring som oppleves på en helt egen måte av individet. Lidelsen vil variere i intensitet, varighet og dybde, og er en følelse som spenner fra enkel, forbigående, fysisk, psykisk eller åndelig ubehag til ekstrem angst og kval. Det inntreffer når en rammes av forskjellige former for smertefulle problemer, slik som sykdom, fysisk og psykisk smerte og tap. Lidelse er ofte knyttet til evnen å engasjere seg og bry seg om, men kan også oppstå fordi en ikke er i stand til å bry seg om noe eller noen. ”Ikke bry seg om” holdningen kan oppstå ved intens lidelse over lang tid, uten opphør og uten at noen har kunnet hjelpe (Travelbee, 1999). I følge Travelbee gjør håp et menneske i stand til å mestre vonde og vanskelig situasjoner, tap, ensomhet og lidelse, og det er den profesjonelle sykepleierens ansvar å hjelpe

den syke til å oppleve håp for å mestre sykdom og lidelse. Sykepleieren må gjøre seg tilgjengelig og være villig til å lytte når den syke snakker om sin frykt, angst og det vedkomne er opptatt av (Travelbee, 1999).

2.6 Kommunikasjon og relasjon

Ordet kommunikasjon stammer fra det latinske begrepet ”communicare” som betyr å gjøre noe felles (Eide & Eide, 2016). Kommunikasjon kan defineres som utveksling av budskap mellom to eller flere personer, og er en gjensidig prosess hvor man verbalt eller nonverbalt gir og mottar informasjon mellom partene. (Heyn, 2018). Profesjonell kommunikasjon karakteriseres av at sykepleieren er anerkjennende, skaper trygghet og tillit, samt tilpasser informasjonen pasientens premisser. I tillegg er det viktig at sykepleieren aktivt lytter, samt observerer og fortolker pasientens verbale og nonverbale signaler. Nonverbale tegn og signaler kan komme til uttrykk gjennom ansiktsuttrykk, kroppsholdning, blikk, bevegelse, stillhet og stemmebruk (Eide & Eide, 2016). Et annet viktig aspekt ved profesjonell kommunikasjon er at den skal tilstrebe å få frem pasientens perspektiv (Eide og Eide, 2016; Heyn, 2018). Dette kan oppnås ved at sykepleieren stiller åpne og lukkede spørsmål. I tillegg bør det etableres en relasjon med pasienten, da det vil være større sannsynlighet for at pasienten åpner seg dersom vedkomne opplever tillit. Det er sykepleieren som profesjonell part som har ansvaret for å opprette en slik relasjon (Heyn, 2018).

Kommunikasjon med pasienter i palliativ fase har ofte en annen karakter enn når man kommuniserer med pasienter som vet at sykdommen går over, og det eksistensielle og ukjente kan få en større betydning mot slutten av livet (Grov & Wiik, 2018). Et etablert tillitsforhold og gjensidig respekt mellom sykepleieren og pasienten, samt at sykepleieren innehar gode kommunikasjonsferdigheter og evne til å stille åpne spørsmål som hjelper pasienten til ettertanke, kan være en forutsetning for å nærme seg spørsmål av åndelig og eksistensiell karakter (Sæteren, 2017). I relasjon med pasienten er det viktig at sykepleieren anerkjenner den grunnleggende asymmetrien i forholdet, og er bevisst på og kritisk til den maktposisjonen sykepleieren innehar. Ved å anerkjenne at man kan mye om sykdom og fag, men lite om pasientens opplevelse, verdier, mestringsevne og kunnskap er det mulig å utjevne asymmetrien og maktposisjonen (Heyn, 2018). Det er videre helt avgjørende at sykepleieren har mot til å snakke med og mot til å lytte til de svarene og den reaksjonen den alvorlig syke

eventuelt måtte komme med, men. Sykepleieren må i tillegg ha respekt for pasientens sannhet og ønsker for å oppnå tillit og gode samtaler. I dette ligger at sykepleieren har en ikke-dømmende holdning til pasientens livsvalg. Et annet viktig aspekt ved kommunikasjon med pasienter i palliativ faser er at sykepleieren er en god lytter, har evne til å tålmodig lytte til det pasienten sier, og lar pasienten få rom til å snakke ferdig. Videre kan det være viktig å la stillheten få jobbe produktivt når den oppstår, i stede for å bli stresset og forsøke å fylle den med nye spørsmål. Da vil gjerne det riktige svaret eller vendingen komme fra pasienten selv (Grov & Wiig, 2018).

2.7 Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov

Ivaretagelse av pasientens åndelige og eksistensielle behov er ikke en yrkesgruppes ansvar, og tilnærmingen bør være tverrfaglig. Likevel er det ofte sykepleieren som står for det meste av ivaretagelsen av åndelige og eksistensielle behov, blant annet gjennom de mange små pasientsamtaler og måten sykepleieren møter pasienten på (Hirsch & Røen, 2016). Stifoss-Hanssen 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 eget livssyn” (1998, s. 21). Gjennom denne definisjonen tar ikke omsorgen utgangspunkt i et bestemt livssyn, men tar utgangspunkt i et etablert sykepleiefaglig prinsipp om at pasienten står i sentrum (Stifoss-Hanssen & Kallenberg, 1998).

I ivaretagelsen av åndelige og eksistensielle behov kan det være av betydning at sykepleieren kjenner til hva som befinner seg i pasientens åndelige livsrom, og tør å ta initiativ til samtaler av åndelig og eksistensiell karakter. Dette innebærer også å ha en varhet for pasientens åndelig og eksistensielle søken i livets siste fase. Der noen pasienter kan snakke om dette med sine pårørende, vil andre ha behov for hjelp fra sykepleieren til å sette ord på spørsmål av en slik karakter (Sæteren, 2017).

Åndelig og eksistensiell ivaretagelse handler også om å finne ut av hvordan pasienten har det i de ulike relasjonene som er presentert i kapittel 2.3. Forsoningsarbeid kan være en sentral del av åndelig og eksistensiell omsorg, og å bistå pasient og pårørende i å leve best mulig sammen den siste tiden kan være viktig. Sykepleieren bør ta tid til å lytte til pasientens livsfortellinger, for gjennom disse formidler pasienten hvordan vedkommende ønsker å bli

sett. Også relasjonen til Gud eller det hellige kan bli satt på prøve. Mange har liten erfaring i å snakke om livssyn og religion, og da handler det om å ikke være ferdig tenkt og ha de riktige svarene, men å gi pasienten rom til å komme frem med det vedkommende tenker på. For sykepleiere kan det oppleves lettere å gå inn i slike samtaler dersom man på forhånd har reflektert over sitt eget livssyn. Pasienten, uansett livssyns- eller religionstilhørighet har rett til å utøve sin tro eller livssyn, og sykepleieren har derfor et ansvar for å tilrettelegge for dette (Hirsch & Røen, 2016).

2.7.1 Registrering og kartlegging av åndelige og eksistensielle behov

I nordisk sammenheng er det et mål å sette i gang palliativ innsats på et tidlig stadium i forløpet, og det er derfor viktig å registrere behov og igangsette tiltak mens pasienten enda har krefter til å håndtere vanskelige spørsmål. Pasientens åndelig og eksistensielle behov bør registreres på lik linje som de fysiske behovene og symptomene. Blant annet kan det være viktig å få registrert hvilken tros- eller livssynstilhørighet pasienten har (Hirsch & Røen, 2016). Likevel er åndelig og eksistensiell ivaretagelse mer enn å notere pasientens religiøse tilknytning, og åndelig og eksistensiell kartlegging bør være en kontinuerlig prosess som inngår i behandlingsplanen. Det finnes flere ulike kartleggingsverktøy som kan bidra til å lette kommunikasjonen og hjelpe sykepleieren med å gå inn på pasientens åndelige behov og bekymringer (Kalfoss, 2016). Et fagutviklingsprosjekt som ble gjennomført som et samarbeid mellom helsepersonell og prestetjenesten i Tysvær kommune bidro til å bedre kvaliteten på åndelig og eksistensiell omsorg til palliative pasienter, blant annet gjennom innføringen av kartleggingsverktøyet HOPE-spørsmålene og kompetanseheving. Prosjektet sørget også for bedre rutiner for informasjonsoverføring og dokumentasjon av åndelige og eksistensielle behov (Lunde, Haugen & Austreim, 2017).

2.8 Juridiske og etiske aspekter

Sykepleierens yrkesutøvelse reguleres gjennom lover, regler, forskrifter og yrkesetiske retningslinjer (Nortvedt & Grønseth, 2010). I Helsepersonelloven defineres helsehjelp som ”enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende formål og som utføres av helsepersonell” (1999, § 3). Denne definisjonen omfatter et vidt helsebegrep, og kan tolkes å også inkludere åndelig og eksistensiell omsorg

som kan være både forebyggende og helsebevarende (Schmidt, 2009). Det fremkommer også av loven at sykepleie skal ”utføres i samsvar med de krav til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra sykepleierens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”. Dette innebærer at sykepleieren innretter seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og samarbeider, innhenter bistand eller henviser pasienten videre dersom pasientens behov tilsier det (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Videre sier helsepersonelloven at sykepleieren har plikt til å føre journal som inneholder nødvendige og relevante opplysninger om pasienten og helsehjelpen (1999, §39-§40). Pasientens rettigheter reguleres av Pasient- og brukerrettighetsloven, som skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasienten og helsetjenestene, samt ivareta respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1).

Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer beskriver det etiske fundamentet som all sykepleie skal ta utgangspunkt i, og bygger på *International Council of Nurses* sine etiske regler og FNs menneskerettighetserklæring (Norsk sykepleierforbund, 2011). Formålet med retningslinjene er å sikre en høy etisk standard blant sykepleiere (Sneltvedt, 2016). Retningslinjene skal være kunnskapsbasert og bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, samt bidra til å ivareta menneskets liv og iboende verdighet. I denne oppgaven er det spesielt relevant å trekke fram de yrkesetiske retningslinjenes kapittel 2 ”Sykepleieren og pasienten”, da oppgaven tar utgangspunkt i pasient-sykepleier-relasjonen. I dette kapittelet står det blant annet at sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse og legge til rette for en verdig død. Videre står det at sykepleieren skal understøtte pasientens håp, mestring og livsmot, samt ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011).

3 Metode

I denne oppgaven er det blitt benyttet litteraturstudie som metode. I en litteraturstudie systematiseres eksisterende, skriftlig kunnskap på et tema gjennom å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt sammenfatte det hele i en diskusjon (Thideman, 2015). Dette omfatter en gjennomgang av data fra eksisterende forskningslitteratur, teori og fagkunnskap på et valgt tema (Dalland, 2017). Hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av den eksisterende kunnskapen på området problemstillingen etterspør, samt hvordan man har kommet frem til denne (Thidemann, 2015).

3.1 Litteratursøk

Litteratursøkene ble gjennomført i perioden desember 2018 til mars 2019. Helsebibliotekets (2018) MeSH-ordbok ble benyttet for å finne korrekte helsefaglige søkeord på engelsk og norsk knyttet til oppgavens problemstilling, som deretter ble strukturert ved å benytte et PICO-skjema, se vedlegg 1. Det ble gjennomført systematiske søk hovedsakelig i databasene Cinahl og SweMed+. Søkene ble ytterligere spisset mot oppgavens problemstilling ved å benytte Cinahls forslag til emneord, samt SweMed+ sine forslag til svenske MeSH-ord. Søkene ble avgrenset til å inkludere artikler publisert fra 2009 og frem til i dag med mål om å finne artikler av nyere dato. Søkeordene ble kombinert med de boolske operatørene "AND" og "OR".

Inklusjonskriteriene ble satt til at forskningsartiklene skulle omhandle åndelig og eksistensiell ivaretagelse eller behov, palliasjon, voksne palliative pasienter, hjemmesykepleien, samt ha sykepleiefaglig relevans. Forskningsfunnene skulle videre kunne bidra til å belyse oppgavens problemstilling fra et sykepleie- eller pasientperspektiv. Ved å gå kritisk igjennom et større antall abstrakter og artikler falt valget på syv kvalitative artikler. Den kvalitative metoden kjennetegnes av en fleksibel tilnærming som går i dybden på temaet ved å innhente mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter, og forsøker å formidle forståelse fremfor forklaringer. Hensikten er å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle slik som ved kvantitativ metode (Dalland, 2017). Fremgangsmåten ved artikkelsøkene fremkommer av tabellen nedenfor.

Nr.	Søkedato	Database	Søkeord	Avgrensning	Treff	Artikkel
1.	04.12.2018	SweMed+	Hemsjukvård AND åndelighet	2010-2018	4 treff nr. 3	Sammen går vi døden i møte
2.	06.12.2018	Cinahl	Spirituality OR spiritual care AND terminally ill patients AND nurse*	2009-2018 Engelsk	15 treff, nr. 7	The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying – a phenomenological hermenautical study
3.	15.12.2018	Cinahl	Spiritual care OR spirituality AND palliative care OR hospice care AND adult AND neoplasm	2009-2018 Engelsk	15 treff, nr. 7	"To cherish each day as it comes": A qualitative study of spirituality among persons receiving palliative care.
4.	15.12.2018	Cinahl	Spiritual care AND palliative care OR hospice care AND Adult AND nurse*	2009-2018 Engelsk	14 treff, nr. 5	How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies.
5.	04.12.2018	SweMed+	Åndelighet AND tumor	2010-2018	3 treff nr. 2	Det døende menneske som livets læremester.
6.	27.03.2019	Cinahl	Spiritual care AND palliative care OR hospice care AND nursing role AND adult	2009-2019 Engelsk	3 treff, nr. 1	A willingness to go there: Nurses and spiritual care.
7.	27.03.2019	Cinahl	Spiritual care OR spirituality AND palliative care OR hospice care AND nurse* AND existential*	2010-2019	10 treff, nr. 5	A mobile hospice nurse teaching team's experience: training care workers in spiritual and existential care for the dying – a qualitative study

Den øvrige litteraturen i oppgaven består av en blanding av relevant pensumlitteratur fra studiet, fag- og forskningsartikler og annen relevant faglitteratur fra høgskolen sitt bibliotek. Den relevante faglitteraturen er funnet primært ved bruk av bibliotekets søkemotor Oria, mens fag- og forskningsartiklene er funnet ved å gjennomføre søk i Sykepleien, Google Scholar, Oria og PubMed. I tillegg er det benyttet lover, forskrifter og relevante rapporter og faglige- og yrkesetiske retningslinjer hentet fra anerkjente og pålitelige internettsider, slik som helsedirektoratet og lovdata.

3.2 Kildekritikk

Alle de inkluderte forskningsartiklene følger IMRaD-strukturen, og det ble tatt utgangspunkt i denne ved utvelgelse av artikler. IMRaD-strukturen gjør gjennomlesningen mer effektiv og bidrar til bedre forståelse av innholdet (Thidemann, 2015) De inkluderte forskningsartiklene er alle av nyere dato, og de fleste er nyere enn fem år. Artiklene er videre fagfellevurdert og publisert i anerkjente tidsskrifter som er vurdert til nivå 1 eller 2 hos *Norsk senter for forskningsdata* (u.å), og dermed rimelig å anta at funnene er pålitelige nok til å gjengis i oppgaven. Et flertall av artiklene er skrevet på engelsk, og feiltolkninger eller mangelfull oversettelse av forskningsmateriale på bakgrunn av språkforståelsen kan ha oppstått. Videre kan valg av søkeord og kombinasjoner ha medført at relevante forskningsartikler har blitt utelatt.

De valgte forskningsartiklene er basert på kvalitative studier. En mulig svakhet ved kvalitative studier er at det kan oppstå feiltolkninger og misforståelser under intervjuene (Dalland, 2017). Likevel bidrar kvalitative studier med dybdekunnskap og en helhetlig forståelse rundt oppgavens tema, og kan være hensiktsmessig for å belyse problemstillingen. Det er også inkludert et casestudie i oppgaven. En casestudie bidrar til å belyse sider av et enkelt menneske sin situasjon som ideelt sett angår alle i samme situasjon (Dalland, 2017). Da det var vanskelig å finne studier gjennomført utelukkende i en hjemmesykepleiekontekst, til tross for hjelp fra bibliotekarene ved høgskolen, er det inkludert noen studier som er gjennomført på tvers av hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten. Noen av studiene er videre gjennomført på sykehus eller hospice, men er likevel inkludert da jeg anser at funnene har overføringsverdi til hjemmesykepleien. I tillegg legger samhandlingsreformen opp til kunnskapsutveksling på tvers av omsorgsnivåene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Flertallet av studiene er gjennomført i Norge eller Norden, men det er også tatt med to studier fra henholdsvis Australia og USA. Jeg anser åndelige og eksistensielle behov og ivaretagelse som relativt universelle, og disse landene har i likhet med Norge en vestlig kultur. Studien fra Australia er også referert til av Grov og Wiik i pensumboken *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (2018).

Det er hovedsakelig anvendt primærkilder i oppgaven, mer dersom det har vært vanskelig å finne primærkilden har sekundærkilder i noen tilfeller likevel blitt benyttet. Ved bruk av sekundærkilder er det viktig å være oppmerksom på at det kan ha skjedd noe med kilden på veien, gjennom ved oversettelse (Dalland, 2017). På bakgrunn av oppgavens omfang og

tidsramme, har det ikke vært mulig å gjennomgå all litteratur og forskning som finnes på temaet, og det kan derfor være sider av problemstillingen som ikke blir belyst.

I den øvrige litteraturen er det primært brukt faglitteratur som er nyere enn fem år, men det er også inkludert noen kilder som er eldre enn dette da innholdet kan anses som relevant for oppgavens tema også i dag. Dette gjelder blant annet Stifoss-Hansen og Kallenberg sin definisjon av åndelig omsorg fra 1998. Joyce Travelbees bok *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* ble første gang utgitt i 1966, men det den norske utgaven fra 1999 som blir anvendt som kilde i denne oppgaven. Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter har hatt stor innflytelse på norsk sykepleieutdanning (Kirkevold, 1998). Hennes teori er inkludert i oppgaven da den anses som aktuell også i dag, og det refereres til Travelbees tenkning i nyere faglitteratur og i undervisningssammenheng.

3.3 Ethiske vurderinger

Oppgaven følger gjeldene retningslinjer for oppgaveskriving, og andres arbeid har blitt korrekt henvist til fortløpende ved bruk av høgskolens retningslinjer for kildehenvisning. Ved bruk av egne erfaringer fra praksis og jobb har jeg vært nøye med å ikke bryte taushetsplikten. Dette innebærer at navn, sted, avdeling eller annet som kan identifisere pasientene eller ansatte har blitt anonymisert.

4 Presentasjon av forskningsresultater

I dette kapittelet presenteres forskningsartiklene som er relevante for å belyse oppgavens problemstilling i en artikkelmatrise. I artikkelmatrisen fremkommer studienes hensikt, metode og funn, og artiklene er plassert i tilfeldig rekkefølge. Det er videre brukt noen forskningsartikler som ikke fremgår av matrisen da de kun er brukt i begrenset grad.

Nr	Forfatter /årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1.	Molnes, S. I. (2015)	Sammen går vi døden i møte.	Nordisk tidsskrift for helseforskning.	Målet med studien var å rette søkelyset på hjemmesykepleiers møte med hjemmedød og pasientenes åndelige behov, samt å undersøke hvordan sykepleierne selv beskriver egen praksis knyttet til dette.	Kvalitativ studie: Beskrivende undersøkelse basert på halvstrukturerede, individuelle intervju med 10 sykepleiere fra tre forskjellige omsorgsdistrikt i Midt-Norge.	Flere av informantene mente at hjemmet var et fint sted å avslut livet. I tillegg opplevde sykepleierne å stå i et dilemma mellom kvaliteten på pleie og omsorg, og alle tilsynene de hadde per dag, men mente likevel at de var viktig at denne pasientgruppen ble prioritert. Sykepleierne oppga videre at det ikke alltid var lett å våge å samtale om de vanskelige tingene, og noen påpekte viktigheten av å kartlegge åndelige og eksistensielle smerte. Kartlegging ble i liten grad gjort og flere påpekte at de syntes slik kartlegging var vanskelig. Det fremkom også at sykepleierne opplevde pasientene som preget av kaos, usikkerhet og i en krisesituasjon, samt at det var viktig at pasientene fikk snakke om sine følelser og tanker, at sykepleierne var til stede og lytt og tok reaksjonene på alvor, men dette ble ikke alltid gjort.
2.	Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K & Sørlie, V. (2015a)	The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying – a phenomenological hermenautical study	BMC Nursing	Hensikten med studien er å beskrive sykepleierens erfaring med åndelig og eksistensiell omsorg til døende pasienter på et norsk sykehus.	Kvalitativ studie: Individuelle, narrative intervjuer med seks sykepleiere på en medisinsk-onkologisk sykehusavdeling.	Funnene peker på at sykepleierne opplevde det utfordrende å avdekke døende pasienters åndelige og eksistensielle lidelse da det ofte var vanskelig å skille mellom fysisk, emosjonell, relasjonell, åndelig og eksistensiell smerte. Sykepleierne søkte å legge til rette for en fredelig død gjennom å ivareta pasientenes åndelige og eksistensielle behov. De opplevde å ha bidratt til lindring og trøst og de hadde hjulpet pasientene med å finne fred og forsoning i livets slutfase. Videre oppga sykepleierne at det var følelsesmessig utfordrende når de ikke klarte å lindre pasientenes åndelige og eksistensielle smerte. Dette ga en følelse av profesjonell hjelpeløshet og ufullkommenhet.

3.	Asgeirsdottir, G. H., Sigurbjörnsson, E., Traustadottir, R., Sigurdardottir, V., Gunnarsdottir, S. & Kelly, E. (2013)	"To cherish each day as it comes": A qualitative study of spirituality among persons receiving palliative care.	Support Care Cancer	Hensikten med studien var å utforske åndelighet fra et pasientperspektiv, samt å undersøke deres opplevelse av åndelighet og hvilken innflytelse dette hadde på deres liv og velvære.	Kvalitativ studie: Intervju med 10 pasienter over 18 år som mottok palliativ omsorg og behandling på Island.	Pasientene i livets slutfase følte en trang til å omfavne det opplevde som viktig i livet, og åndelighet var inkludert i dette. De så åndelighet som en vesentlig del av det å søke mening, hensik og transcensens. Åndelighet ble sett på som en del av hverdagslivet, og det ble gitt uttrykk for både religiøse og ikke religiøse aspekter ved åndelige Relasjoner til familien, troen på Gud eller en høyere makt og utøvelsen av åndelige handlinge ble fremhevet som viktige faktorer som ga styrke, håp og aktiverte indre ressurser. Ni av ti oppga å være troende.
4.	Keall, R, Clayton, J. M. & Butow, P. (2014)	How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies.	Journal of Clinical Nursing	Å undersøke hva australske sykepleiere som arbeidet innen palliasjon identifiserer som tilretteleggere, barrierer og strategier for å gi åndelig og eksistensiell omsorg til pasienter med livsbegrensende sykdom.	Kvalitativ metode : Semistrukturerte intervju med 20 australske sykepleiere fra New South Wales med palliasjon som fagfelt.	Funnene viste at relasjonen mellom pasient og sykepleier, og sykepleierens kommunikasjonsferdigheter var viktig ved åndelig og eksistensiell omsorg. Mangel på tid, ferdigheter og privatliv ble identifisert som barrierer ved åndelig og eksistensiell omsorg. Videre ble frykten for hva som kunne bli avdekket, samt forskjeller i kultur og tro fremhevet som barrierer. Kurs for å øke kompetansen på området, realistiske forventninger til hva sykepleieren kunne bidra med, samt mulighet til å henvise til andre i det tverrfaglige teamet ble foreslått som mulige strategier.
5.	Nielsen, R. & Sørensen, E. E. (2013)	Det døende menneske som livets læremester.	Nordisk sygeplejeforskning	Hensikten var å få innblikk i hvordan det oppleves å være et døende menneske i en langstrakt prosess.	Kvalitativ metode: Casestudie. 12 intervjuer av en til to timers varighet med samme informant over en periode på tre måneder.	Funnene viste at relasjonen til andre fikk en annen betydning gjennom sykdommen, og relasjonen til nærmeste familie fikk størst betydning. Også den allmennmenneskelige relasjonen til andre mennesker fikk en annen betydning. Informanten var før sykdommen selverklært ateist, men hadde alltid vært søkende og fant nå svar. Det oppsto en relasjon mellom informanten og Gud i form av kristen bønn, men også en form for buddhistisk meditasjon. Funnene viste videre at opplevelse av sammenheng mellom fortid, fremtid og nåtid var essensielt. Før informanten ble syk kunne han ha en opplevelse at livet var uten mening, men dette endret seg da informanten ble syk og døende. Det materielle fikk mindre betydning, og informanten opplevde økt selvverd fordi han skulle dø. Eksistensiell ensomhet og en opplevelse av å bli eksistensielt utfordret kom til uttrykk.

6	Minton, M., Isaacson, M. J., Varilek, B. M., Stadick, J. L. & O'Connell-Persaud, S. (2018)	A willingness to go there: Nurses and spiritual care	Journal of Clinical Nursing	Hensikten var å beskrive sykepleieres kommunikasjonsstrategier ved åndelig og eksistensiell ivaretagelse av pasienter og familier i livets slutfase	Kvalitativt studie : Individuelle, narrative intervju med 10 sykepleiere som arbeidet innen palliativ omsorg eller hospiceomsorg	Funnene viste at sykepleierene hadde handlingskapasitet, et ønske eller en vilje til å gå inn i det ukjente og en evne til å ha dype meningsfulle samtaler med pasientene uavhengig av hvilken retning samtalen kunne ta. Undertemaer inkluderte 1) Et ønske eller en vilje til å gå der 2) Å være i øyeblikket og 3) Klok innsikt
7	Tornøe, K., Danbolt, L. J., Kvigne, K. & Sørli, V. (2015b)	A mobile hospice nurse teaching team's experience: training care workers in spiritual and existential care for the dying – a qualitative study	BMC Palliative Care	Hensikten var å belyse et norsk sykepleieteam som jobbet på hospice sin erfaring med å veilede og trene ansatte i primærhelsetjenesten i åndelig og eksistensiell ivaretagelse av døende pasienter	Kvalitativt studie Fokusgruppeintervju med sykepleieteamet fra hospice.	Sykepleieteamet lærte helsearbeidere å identifisere åndelig og eksistensiell lidelse, ta initiativ til åndelig og eksistensiell samtale og formidle trøst gjennom aktiv tilstedeværelse og stillhet. Teamet overførte sin egen åndelige og eksistensielle kunnskap gjennom « veiledning ved sengen » og refleksjonsgrupper. Videre oppfattet hospiceteamet at helsearbeiderne hadde utbytte av veiledningen ved at de ble modigere i å adressere den døende pasientens åndelige og eksistensielle lidelse

5 Drøfting

I denne delen vil oppgavens problemstilling ”*hvordan kan sykepleier ivareta åndelige og eksistensielle behov hos hjemmeboende pasienter i livets slutfase?*” bli drøftet i lys av funnene fra de aktuelle forskningsartiklene og det teoretiske kunnskapsgrunnlaget presentert i kapittel 2.

5.1 Å etablere en trygg og tillitsfull relasjon

Betydningen av å etablere en tillitsfull relasjon står sentralt i Travelbee sin sykepleietenkning, og gjennom å etablere et menneske-til-menneskeforhold vil sykepleieren og pasienten kunne oppnå en gjensidig forståelse og kontakt. Denne relasjonen kjennetegnes ved at pasienten opplever tillitt og trygghet og at sykepleieren konsekvent handler for å lindre pasientens lidelse. Gjennom dette kan sykepleiers mål og hensikt nås, noe som innebærer å ivareta den enkeltes sykepleiebehov, pasientens åndelige og eksistensielle behov (Travelbee, 1999). I følge Hirsch og Røen utøver sykepleieren omsorg både i relasjon og som en relasjon med pasienten, og en bekreftende og tillitsfull relasjon kan være avgjørende for at pasienten skal få frem sine åndelige og eksistensielle behov (2016). Ut i fra dette er det rimelig å anta at å etablere en relasjon er en forutsetning for å kunne nærme seg pasientens åndelige og eksistensielle behov. Dette gjenspeiles også i en australsk studie hvor det fremkommer at sykepleier-pasientrelasjonen er den faktoren som i størst grad tilrettelegger for å utøve åndelig og eksistensiell omsorg (Keall, Clayton & Butow, 2014).

Et menneske-til-menneske-forhold etableres gjennom en prosess hvor sykepleieren og pasienten går igjennom fire sammenhengende og forutgående faser. Et slikt forhold kommer ikke av seg selv, og relasjonen må bygges opp dag for dag gjennom samhandling mellom sykepleieren og den syke (Travelbee, 1999). Dette kan tolkes dithen at det bør foreligge en viss grad av kontinuitet for at et slikt forhold skal kunne oppnås. Funn i studien til Keall et al. viser at sykepleiere i hjemmesykepleien i større grad vektlegger betydningen av sykepleier-pasient-relasjonen og fordelene med kontinuitet ved utøvelse av åndelig og eksistensiell omsorg enn de andre sykepleierne som deltok i studien (2014). For pasienten, kan det være viktig med kontinuitet og oppfølging av samme sykepleier over tid for å oppnå relasjon og tillit til å ta opp vanskelige og følelsesladete temaer, slik som sine åndelige og eksistensielle behov (Grov & Wiig, 2018). Likevel utfordres sykepleier-pasient-relasjonen i hjemmesykepleien på grunn av manglende personkontinuitet (Gjevjon, 2015). En løsning kan

være å sørge for at pasienten har en pasientansvarlig sykepleier som har ansvar for å ivareta den faglige kvaliteten og kontinuiteten. For at dette skal fungere må ordningen både følges opp i den daglig organiseringen, og ved at den enkelte sykepleier følger opp sitt ansvar, noe som ikke alltid er tilfelle i praksis (Fjørtoft, 2016). Da den palliative pasienten har begrenset tid igjen av livet prioriteres at vedkommende opplever kontinuitet og tillit, og slik får mulighet til å åpne opp om og ivaretatt sine åndelige og eksistensielle behov og en verdig avslutning på livet, slik jeg ser det.

På en annen side kan det tenkes at å arbeide i pasientens hjem, fremfor på for eksempel sykehus, i seg selv kan være et godt utgangspunkt for å oppnå en tillitsfull relasjon. I hjemmesykepleien får sykepleieren et unikt innblikk i pasientens liv og livssituasjon, og anledning til å se pasienten i en større sammenheng enn bare en seng og et nattbord. Dette gir muligheter for sykepleieren til å møte helheten hos pasienten. Et hjem er fullt av spor som kan fortelle noe om hvem pasienten er og hvordan vedkommende har det, og ved å være oppmerksom på disse sporene kan sykepleieren se hva den enkelte er opptatt av, og dette kan bidra til å oppnå kontakt og tillitt (Fjørtoft, 2016). Informantene i studien til Molnes så hjemmet som et sentralt sted og som et symbol på mye av det pasienten har opparbeidet seg gjennom livet. I hjemmet skal pasienten være i fokus, og pasientens selvbestemmelse og medbestemmelse er et viktig utgangspunkt for pleien. Videre påpekte informantene at det er viktig å opparbeide tillit til den palliative pasienten, og dette gjelder uansett hvor travelt det er (Molnes, 2015). Av egen erfaring opplever jeg at hjemmet gjør det enklere å se det unike ved pasienten, og dermed bruke min egen personlighet til å tilpasse meg den enkelte, unike pasient og møte pasienten der vedkommende er. Og ved å ikke la seg stresse av alt som skal gjøres, har dette vist seg å være et godt utgangspunkt for å oppnå en trygg og tillitsfull relasjon med denne pasientgruppen.

Ved etablering av en sykepleier-pasient-relasjon må sykepleieren være bevisst at det er en grunnleggende asymmetri i relasjonen. Som sykepleier har man innsikt i deler av pasientens situasjon allerede ved første møte, i tillegg til innflytelse på pasientens personlige liv. Dette innebærer at man er avhengig av en viss grad av tillitt, slik at pasienten overlater noe av sin makt til sykepleieren som dermed skal ta de riktige avgjørelsene (Heyn, 2018). Det fremkommer i Tornøe, Danbolt, Kvigne og Sørli sin studie at tillit også er en forutsetning for at sykepleieren skal kunne utforske pasientens åndelige og eksistensielle behov (2015a). I en dansk casestudie fremkom det at mellommenneskelige relasjoner, også til sykepleierne, var

verdifulle og ga informanten en opplevelse av selvverd (Nielsen & Sørensen, 2013). Hirsch og Røen hevder på sin side at sykepleieren har makt i sin væremåte til å bekrefte eller avkrefte pasientens verdighet, og sykepleierens holdning til pasienten er grunnleggende i dette. Dette innebærer at det kan være vanskelig å ivareta de åndelige og eksistensielle behovene til en pasient sykepleieren ikke respekterer eller har godhet for (Hirsch & Røen, 2016). En slik holdning til pasienten vil i så fall være et brudd både på pasient- og brukerrettighetsloven §1-1, og på sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, som sier at sykepleieren skal ivareta pasientens verdighet og integritet, medbestemmelsesretten og retten til å ikke bli krenket (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Norsk sykepleierforbund, 2011). I Travelbees teori om menneske-til-menneske-forholdet er målet at sykepleieren og pasienten skal forholde seg til hverandre som unike individer, og ikke i de stereotype rollene som sykepleier og pasient. For å kunne oppfatte og respondere på den andre som et unikt individ må posisjoner og status overskrides (Travelbee, 1999). Ved å opprette en likeverdig mellommenneskelig relasjon, slik Travelbee beskriver den, kan noe av maktubalansen utjevnes, og sykepleier-pasient-relasjonen oppleves mer symmetrisk.

5.2 Kommunikasjonens betydning

I følge Grov og Wiig (2018) har samtaler med pasienter i palliativ fase en annen karakter enn når man samtaler med pasienter som vet at sykdommen skal gå over, og det eksistensielle får gjerne større betydning når livet nærmer seg slutten. I tillegg til en tillitsfull sykepleier-pasient relasjon er sykepleierens kommunikasjonsferdigheter en forutsetning for å nærme seg det som befinner seg i pasientens åndelige og eksistensielle livsrom (Sæteren, 2017). I studien til Keall et al. fremkom det at informantene mente gode kommunikasjonsferdigheter var helt essensielt for å kunne utøve åndelig og eksistensiell omsorg, og at dårlige kommunikasjonsferdigheter kunne gjøre en allerede vanskelig situasjon verre (2014). Dette bekreftes i studien til Molnes hvor informantene mente at sykepleiere med manglende engasjement og kunnskap rundt den åndelige og eksistensielle dimensjonen ved pasienten, og som likevel valgte å gå inn i slike samtaler, kunne bidra til å gjøre vondt verre (2014)

I studien til Keall et al. fremkommer det at aktiv lytting er en viktig kommunikasjonsferdighet sykepleieren bør mestre. Dette innebærer å vise at man har hørt det pasienten har fortalt ved å parafasere (Keall et. al 2014). Minton et al. påpeker i sin studie at ved å lytte til det som blir sagt og ikke sagt kan sykepleieren oppdage hint om pasientens bekymringer (2018). På en

annen side tyder funn i en norsk studie på at årsaken til at sykepleiere i kommunehelsetjenesten ikke nærmer seg pasientens åndelige og eksistensielle lidelse blant annet kommer av manglende ferdigheter i kommunikasjon og aktiv lytting (Tornøe et al. 2015b). På en annen side viser funn i studien til Molnes at sykepleierne det er deres rolle å være lyttende, men at dette ikke blir iverksatt i praksis (2015). En viktig del av åndelig og eksistensiell omsorg kan være å lytte til pasientens livshistorie. Gjennom livshistorien formidler pasienten sin identitet og hvordan vedkommende ønske å bli sett (Hirsch og Røen, 2016). Livshistorien kan også gi sykepleieren et innblikk i pasientens eksistensielle spørsmål. Ofte kan pasienten fortelle deler av sin historie, mens det som virkelig er av betydning blir gjentatt flere ganger. Ved å aktivt lytte til pasientens livshistorie kan sykepleieren få tak i forhold og bekymringer som betyr noe for pasienten, og det kan da være viktig at sykepleieren legger til rette og iverksetter konkrete handlinger for å ivareta pasientens åndelige og eksistensielle behov (Sæteren, 2017).

Minton et al. påpeker i sin studie at sykepleierens evne til å stille meningsfulle spørsmål og ha mot til å lytte til svaret er en vesentlig del av den åndelige omsorgen. Gjennom å stille kloke, men enkle spørsmål, slik som "hva engster du deg for", kan sykepleieren finne ut om pasienten opplever åndelig eller eksistensielle bekymringer (2018). I studien til Keall et al. fremkommer det at sykepleieren brukte åpne spørsmål for å legge til rette for åndelige samtaler (2014). Eide og Eide hevder at formålet med åpne spørsmål er å få pasienten til å snakke fritt og åpent om egne følelser og tanker, og at slike spørsmål egner seg godt til å utforske pasientens erfaringer på vedkommendes premisser (2016). Ved å sette meg ned, henvendt mot en pasient og ved å stille det enkle spørsmålet "hvordan har du det, egentlig", fikk pasienten til å åpne seg om sin dødsangst og sin redsel for å dø fra barna. I tillegg åpnet det for en samtale om håp for den tiden som var igjen. Dette viser hvor viktig det kan være å tørre å stille spørsmål, til tross for at oppdraget på listen bare er å måle blodglukose.

Det fremkommer i flere av studiene at å tåle stillhet er en viktig kommunikasjonsferdighet i samtale med palliative pasienter (Tornøe et al. 2015b, Minton et. al, 2018, Keall et al. 2014). Mange sykepleiere kan bli stresset av stillhet, men dersom stillheten får rom til å jobbe produktivt vil gjerne det riktige svaret eller vendingen komme fra pasienten selv (Grov & Wiik, 2018). Ved å ikke fylle stillheten med spørsmål får pasienten en mulighet til utdype sine tanker på en rolig måte (Keall et al.). Derimot viser studien til Tornøe et al. at det ofte var utfordrende å være stille tilstedeværende for sykepleierne som ble undervist av hospiceteamet

(2015). Dette kan blant annet henge sammen med at sykepleieren gjennom utdanningen er opplært til å gjøre noe for pasienten. Sæteren hevder at å være til stede på en ikke-krevende måte kan ha en lindrende og styrkende effekt på pasienten (2017).

5.2.1 utfordringer ved åndelig og eksistensiell samtale

Flere av studiene pekte på manglende tid som en barriere for å nærme seg pasientens åndelige og eksistensielle behov (Tornøe et al. 2015; Keall et al, 2014; Molnes, 2014). I følge Fjørtoft arbeider hjemmesykepleien etter stramme tidsskjema, og effektiviteten blir målt i antall pasienter per dag. Likevel tar den åndelige og eksistensielle omsorgen og samtalen tar tid, og tidspress er ofte noe både sykepleieren og pasienten kan kjenne på (Fjørtoft, 2016). I studien til Molnes fremkommer det at sykepleierne opplevde å stå i skvis mellom kvalitet på pleie og omsorg og alle tilsynene de hadde per dag, men valgte likevel å prioritere denne pasientgruppen (2014). På en annen side viser studien til Tornøe et al. at pasientens behov for åndelig og eksistensiell samtale kan oppstå plutselig, og det er da essensielt at sykepleieren griper denne muligheten (2015a). Dette stemmer overens med min egen erfaring, og det er ofte vanskelig å sette et tidspunkt for hvor lang tid et besøk og en samtale hos en palliativ pasient tar. Fjørtoft påpeker at vedtakstiden bør ses på som veiledende, og at det bør brukes den tiden som er nødvendig i hvert enkelt tilfelle (2016).

Flere studier påpeker at sykepleiere opplever det utfordrende å samtale med pasienter om åndelig og eksistensiell lidelse (Molnes, 2014; Tornøe et. al 2015b). Hirsch og Røen hevder på sin side at mange sykepleiere har utilstrekkelig kompetanse i å utøve åndelig og eksistensiell omsorg, og manglende kommunikasjonsferdigheter er sentralt i dette. I studien til Keall et al. fremkommer det sykepleierne hadde fått bedret sine kommunikasjonsferdigheter gjennom veiledning og undervisning(2014). Videre kan sykepleierens egen angst i forhold til sykdom og død aktualiseres i samtale med alvorlig syke og døende (Hirsch & Røen, 2016; Tornøe et al. 2015a). I slike tilfeller bør sykepleieren søke støtte og veiledning hos kollegaer. Arbeidsplasser som tilrettelegger for deling av erfaringer om åndelige forhold kan skape trygghet rundt veiledning av hverandre (Sørby & Undheim, 2012). I studien til Tornøe et al. underviste et sykepleieteam fra hospice sykepleiere i kommunehelsetjenesten i å identifisere åndelige lidelse og å formidle trøst gjennom tilstedeværelse og kommunikasjon. Undervisningen innebar veiledning i møte med pasienten, men også refleksjonssamtaler.

Gjennom undervisningen ble sykepleierne modigere, mer involvert og villig til å eksponere seg for pasientens åndelige og eksistensielle lidelse (2015b). Det er nærliggende å anta at manglende kompetanse og kommunikasjonsferdigheter kan være årsaken til at åndelige og eksistensielle behov tilsynelatende blir nedprioritert i praksis. Sykepleieren bør i slike tilfeller erkjenne grenser for egen kompetanse, og søke veiledning i vanskelige situasjoner.

5.3 Kartlegging og registrering av åndelige og eksistensielle behov

Måltrettet og strukturert kartlegging av pasientens behov er grunnleggende i sykepleie, også i hjemmesykepleien. Vel så grunnleggende er det at sykepleieren forstår pasienten, og har en helhetlig tilnærming ved vurdering av behov for sykepleie (Fjørtoft, 2016). Dette innebærer at pasientens åndelige og eksistensielle behov bør kartlegges på lik linje som de fysiske behovene og symptomene (Hirsch & Røen, 2016). I en studie av Molnes fremkommer det at informantene mener det er viktig at hjemmesykepleien kommer inn i bildet før pasienten blir så dårlig at det blir vanskelig å kartlegge vedkommende sine ønsker og behov. Likevel peker studien på at kartlegging av åndelig og eksistensielle behov er noe sykepleiere i hjemmesykepleien opplever som vanskelig, og som i liten grad blir gjort (Molnes, 2015). Derimot tyder erfaringer fra fagutviklingsprosjektet i Tysvær kommune på at innføring av kartleggingsverktøy bidrar til at kartleggingssamtalen vektlegges i større grad. Spørsmålet ”hva er viktig for deg?” benyttes for å åpne opp og tilrettelegge for åndelig støtte og omsorg i kartleggingssamtalen, og både sykepleiere og pasienter har gitt positive tilbakemeldinger på samtalen. I tillegg tyder erfaringene på at kompetansen til sykepleierne i kommunen har økt i forhold til å identifisere og møte disse behovene (Lunde et al., 2017). Fra egen erfaring har jeg ikke vært med på at det gjennomføres systematisk kartlegging av pasientens åndelige og eksistensielle behov. Det kan tenkes at kartlegging vil oppleves enklere, og i større grad blir gjennomført, dersom det innføres rutine for systematisk kartlegging av den palliative pasientens åndelige og eksistensielle behov også i andre kommuner.

Pasientens åndelige og eksistensielle behov bør dokumenteres i pasientens journal eller behandlingsplan, enten de fremkommer gjennom systematisk kartlegging eller ved kommunikasjon og samtale (Kalfoss, 2016). Sykepleierens dokumentasjonsplikt fremkommer av helsepersonelloven §39 (1999). Til tross for at ivaretagelse av pasientens åndelige og eksistensielle behov er en sentral del av å yte helhetlig sykepleie, mangler det ofte en egen rubrikk eller punkt i pasientens journal som omhandler dette. I stede dokumenteres det under

andre rubrikker, slik som ”psykososialt” eller ”annet”. Dette kan bidra til at den åndelige og eksistensielle dimensjonen blir glemt og drukner i annen dokumentasjon (Schmidt, 2019). Fagutviklingsprosjektet i Tysvær avdekket lite sykepleiedokumentasjon rundt åndelige og eksistensielle behov i sitt journalsystem, og det ble dermed gjort endringer slik at det ble tydeligere hvor dette skulle dokumenteres (Lunde et al. 2017). Min erfaring tilsier at det ofte mangler egnet punkt i behandlingsplanen og journalen, også til palliative kreftpasienter, og rubrikkene dreier seg i stor grad om fysisk smerte, ernæring og vitale målinger. Til tross for at jeg har forsøkt å etterspørre rubrikker for å dokumentere pasientens åndelige og eksistensielle behov har dette hittil ikke blitt innført som standard på min arbeidsplass, noe som kan tyde på at det fremdeles er manglende kunnskap om viktigheten av åndelig og eksistensiell omsorg til pasienter i livets slutfase. Dersom pasienten påføres unødig lidelse på grunn av manglende dokumentasjonsrutiner eller informasjonsutveksling vil dette være et brudd på faglig forsvarlig og omsorgsfull pleie som fremgår av §4 i helsepersonelloven (Norsk sykepleierforbund, 2018).

I følge helsepersonelloven §40 skal dokumentasjonen inneholde opplysninger som er nødvendig og relevant for pasienten og helsehjelpen (1999). Pasientjournalen og det som dokumenteres i denne skal fungere som et verktøy som sikrer kvalitet og kontinuitet i pasientens helsehjelp (Hellesø, 2015). Funn fra studien til Keall et al. viser at åndelige og eksistensielle samtaler med pasienten kan avsløre sensitive opplysninger, men at kontinuiteten og god kommunikasjon mellom helsepersonell må veies opp mot taushetsplikten og byrden av papirarbeid. Det fremkommer videre at det er en uenighet blant informantene om hvordan og hvor mye som skal dokumenteres av pasientens åndelige og eksistensielle behov. Der noen mener at det ikke skal dokumenteres i detaljer, peker andre på at det er viktig at alle på avdelingen forstår hva som plager pasienten for å kunne gi god omsorg (Keall et al., 2014). I følge Schmidt bør taushetsplikten og pasientens medbestemmelsesrett veie tyngst i forhold til hva man velger å dokumentere av åndelig og eksistensiell karakter. Likevel bør dette dokumenteres, i overensstemmelse med pasienten, dersom sykepleieren ser at åndelig og eksistensiell ivaretagelse er viktig og relevant for den helhetlige omsorgen til den enkelte. Det er spesielt viktig med skriftlig rapport på arbeidsplasser med mange ulike ansatte, slik som hjemmesykepleien som ofte har et stort antall fagpersoner (Schmidt, 2009). Ettersom personkontinuitet ser ut til å være vanskelig å få til i hjemmesykepleien, vil informasjonskontinuitet, gjennom strukturert dokumentasjon, kommunikasjon og informasjonsutveksling, kunne bidra til å sikre kontinuiteten og kvaliteten i pasientforløpet

(Gjevjon, 2015). Dette kan videre bidra til at pasienten i livets slutfase slipper å bruke krefter på å svare på de samme spørsmålene gjentatte ganger til de ulike sykepleierne som er innom (Hellesø, 2015). Det kan tenkes at dokumentasjon av pasientens åndelige og eksistensielle behov videre kan bidra til å sikre informasjonsoverføring mellom helsetjenestene, slik at pasienten med slike behov kan få disse ivaretatt også ved en eventuell innleggelse i sykehus, sykehjem eller hospice.

5.4 Å ivareta pasientens åndelige og eksistensielle behov

Åndelig og eksistensiell ivaretagelse handler om å være oppmerksom på pasientens eksistensielle, meningssøkende og religiøse behov, samt støtte pasienten i forsøk på å mestre disse (Helsedirektoratet, 2015a). Ved å bruke seg selv terapeutisk, kombinert med en disiplinert intellektuell tilnærming og bevisst bruk av kommunikasjon kan sykepleieren lære pasienten å kjenne og dermed avdekke og bli i stand til å ivareta den enkeltes åndelige og eksistensielle behov (Travelbee, 1999). Gjennom å avklare pasientens behov kan sykepleieren tilrettelegge for åndelig og eksistensiell omsorg på en praktisk og konkret måte (Schmidt, 2009). I en casestudie av Nielsen og Sørensen fremkommer det at den palliative pasienten blant annet kan finne mening i hverdagens praktiske gjøremål (2013). Når pasienten forstår at vedkommende snart skal dø og har begrenset levetid starter ofte en prosess med å avslutte, ta avskjed og lukke. Dette kan innebære å planlegge å få gjort de siste tingene, slik som en siste tur på hytta, gifte seg og skrive testamente (Hirsch & Røen, 2016). Det kan være av betydning at sykepleieren tilrettelegger og bistår slik at pasienten får gjennomført og avsluttet de praktiske forholdene som er viktig for den enkelte. Sørbye og Undheim hevder at støtte til praktiske oppgaver vil kunne frigi krefter som pasienten kan bruke til å bearbeide eksistensielle spørsmål (2012). Slik jeg tolker det, derimot, kan praktiske forhold være en del av den eksistensielle dimensjonen ved pasienten, og inngår dermed i den helhetlige omsorgen til den enkelte.

5.4.1 Relasjonen til familien og de nære

Den mellommenneskelige relasjonen får ofte en større betydning for pasienter i palliativ fase, og i casestudien til Nielsen og Sørensen fremkommer det at det er relasjonen til andre mennesker som virkelig gjelder når livet nærmer seg slutten. I følge informantene fikk

relasjonen til alle mennesker større betydning, men størst betydning fikk relasjonen til familien (Nielsen & Sørensen, 2013). Dette stemmer overens med funnene i en Islandsk studie hvor samtlige informanter oppga at det var relasjonen til familien som i hovedsak ga livet mening og hensikt. Relasjonen til familien ga deltakerne en opplevelse av å være en del av en større kontekst, noe som ga en følelse av å tilhøre noe utenfor dem selv (Asgeirsdottir et al. 2013). Relasjonen til familien kan både representere noe viktig og godt, men kan også være en bekymring og byrde for pasienten dersom det for eksempel er konflikter innad i familien (Hirsch & Røen, 2016). I studien til Tornøe et al. fremkommer det at sykepleierne relaterte pasientens åndelige og eksistensielle lidelse til bekymringer blant annet rundt forsoning med nære og kjære. Videre ga informantene uttrykk for at den palliative pasienten og familien kunne bli ensomme og fremmed for hverandre dersom de ikke kunne dele hverandres frykt og sorg. Informantene la derfor stor vekt på å oppmuntre familien til å snakke sammen, dele sorgen, gjøre fred og få tatt farvel (Tornøe et. al, 2015a). Også Hirsch og Røen fremhever at forsoningsarbeid er en betydelig del av den åndelig og eksistensiell omsorgen, og det kan derfor være en viktig sykepleieroppgave å bistå pasienten og de pårørende til å leve best mulig sammen den siste tiden de har igjen (2016).

5.4.2 Relasjonen til natur og kultur

For mange pasienter kan natur- og kulturopplevelser være en kilde til glede, inspirasjon, redusert angst, mening og håp (Hirsch & Røen, 2016). I en norsk studie som undersøkte hvilke mening et utvalg informanter tilla ordet åndelighet fremkom det at kulturelle opplevelser, slik som å gå på konsert, lytte til musikk og lese en bok, i tillegg til nærhet til noe godt, kunne gi en opplevelse av åndelighet (Torskenæs, Kalfoss, Sæteren, 2015). I denne sammenheng kan nærhet til noe godt også tenkes å innebære nærhet til naturen. Åndelig og eksistensiell ivaretagelse kan innebære at sykepleieren kartlegger hva som tidligere var viktig for pasienten, og med oppfinnsomhet og kreativitet tilrettelegger for at pasienten kan få en natur- eller kulturopplevelse vedkommende ikke lenger trodde var mulig, slik som å dra på konsert eller en siste tur på hytta (Hirsch & Røen, 2016). Også å hjelpe pasienten med mindre omfattende ting, som å innhente musikk, sette frem et bilde eller ta en tur på balkongen, kan være åndelig omsorg i praksis, og kan bety mye for den enkelte (Schmidt, 2009).

Jeg har selv fått erfare hvilken betydning naturen kan ha for den alvorlig syke og døende pasient i livets slutfase. En pasient i terminal fase, ønsket seg hjem fra sykehus for å dø med sine nære rundt seg og med utsikt til havet. En sykepleierkollega og jeg dro for å ta imot pasienten rett før vaktens slutt. Jeg opplevde pasienten som noe urolig, og spurte om vedkommende hadde smerter eller lå ugreit, men pasienten hadde det greit. Det ble stille, og jeg klarte ikke å dy meg og spurte om det var noe jeg kunne gjøre. Pasienten fortalte om en oppvekst ved sjøen, interesse for seiling, og at nærheten til sjøen og sjøluften hadde betydd så mye. Det ble igjen stille før pasienten uttrykte et ønske om å kjenne på sjøluften en siste gang. Jeg spurte min kollega om det ikke var mulig å trille pasienten i sykehussengen ut på den terrassen, med havet rett utenfor. Sammen med de pårørende gjorde vi dette. Etter noen minutter i stillhet sammen med de nære, ga pasienten uttrykk for en helt annen ro og sa: ”nå kan døden komme”. Noen timer senere var pasienten ikke lenger kontaktbar. Dagen etter sovnet pasienten rolig inn, med sine nære rundt seg og med utsikten til havet. Funn i studien til Tornøe et al. viser at sykepleierne opplever å ha formidlet trøst når deres innsats har hjulpet pasienten til en opplevelse av en fredelig og harmonisk død, og dette oppleves som givende og meningsfylt (2015a). Dette stemmer overens med min erfaring. Etter denne opplevelsen har jeg innsett hvor lite som innimellom skal til for å tilrettelegge for den enkeltes opplevelse av forsoning og verdighet i livets slutfase, og det har vist meg hvilken betydning åndelig og eksistensiell omsorg har i den helhetlige sykepleien.

5.4.3 Relasjonen til Gud og det hellige

I studien til Asgeirsdottir et al. fremkommer det at alle informantene hadde en tro på en Gud eller det hellige, og de beskrev egenskapene ved Gud eller det hellige som blant annet kjærlighet, omsorg og godhet, samt knyttet Gud eller det hellige til meningen med livet (2013). Informanten i studien til Nielsen og Sørensen hadde tidligere ansett seg som en søkende ateist, men opplevde å få svar på livets store spørsmål i kristendommen når livet nærmet seg slutten (2013). For mange troende vil tilliten til at en er elsket av Gud eller guddom kunne skape trygghet (Sørbye & Undheim, 2012). På den annen side er forholdet til Gud eller det hellige også en relasjon som kan bli satt på prøve (Hirsch & Røen, 2016). Det fremkommer i studien til Tornøe et al. at noen pasienter opplever åndelig lidelse fordi de tror Gud har gitt dem sykdom og smerte for å straffe deres synder (2015). I slike tilfeller kan det være viktig at pasienten får snakket om dette, og sykepleieren kan da henvise pasienten til en

prest eller en annen person med samme livssyn (Hirsch & Røen, 2016). I helsepersonelloven §4 fremkommer det at sykepleieren har en lovpålagt plikt til å henvise videre eller samarbeide med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier det (1999). Studien til Molnes påpeker at det var viktig å informere pasienten dersom man bestemmer seg for å kontakte en prest, da dette kan virke skremmende og som døden er nær for noen pasienter (2015). Videre har alle pasienter en rett til å utøve sitt livssyn, og sykepleieren bør derfor legge til rette for dette (Hirsch & Røen, 2016). Slik tilrettelegging kan tenkes å innebære å be med pasienten, informere og sørge for at pasienten kommer seg i gudstjeneste eller møtevirksomhet, samt lese fra bibelen eller andre religiøse skrifter. Schmidt hevder på sin side at ingen er tjent med at sykepleieren utfører noe som strider mot ens overbevisning, mens Strøm, derimot, hevder at dette handler om en forpliktelse til å ivareta pasientens behov og om å respektere den enkeltes ståsted (2009;2015).

6 Avslutning

I denne oppgaven har det blitt forsøkt å svare på hvordan sykepleier kan ivareta åndelige og eksistensielle behov hos pasienter i livets slutfase og som bor hjemme. Åndelige og eksistensielle behov aktualiseres hos de fleste i møte med inkurabel kreftsykdom, og pasienten kan bli utfordret med spørsmål rund meningen med livet og døden. Sykepleie baserer seg på en helhetlig tilnærming til pasienten, noe som innebærer at det er en viktig sykepleieoppgave å ivareta pasientens åndelige og eksistensielle lidelse på lik linje med fysisk smerte. Pasientens åndelige og eksistensielle behov ivaretas gjennom å etablere en trygg og tillitsfull relasjon, gjennom sykepleierens kommunikasjonsferdigheter og ved at sykepleieren iverksetter konkrete og praktiske tiltak. Å kartlegge pasientens behov i god tid kan være viktig for å få frem pasientens preferanser, og ved å bruke strukturert kartleggingsverktøy kan kartleggingssamtalen bli enklere å gjennomføre. Manglende kompetanse, kommunikasjonsferdigheter og mulighet for refleksjon og veiledning kan være årsaker til at åndelige og eksistensielle behov tilsynelatende ofte blir oversett i praksis. Hjemmesykepleiens rammer representerer også noen barrierer, slik som manglende personkontinuitet og tid. Derimot kan det å arbeide i pasientens hjem gi et innblikk hva vedkommende er opptatt av, noe som kan være et godt utgangspunkt for å etablere kontakt og tillit. Dokumentasjon av åndelige og eksistensielle behov har vist seg mangelfull, men innføring av et egnet punkt for dokumentasjon av åndelige og eksistensielle behov i journalen kan bidra til å ivareta informasjonskontinuiteten.

7 Referanseliste

- Aakre, M. (2016). *Jakten på dømmekraften. Praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Asgeirsdottir, G. H., Sigurbjörnsson, E., Traustadottir, R., Sigurdardottir, V., Gunnarsdottir, S. & Kelly, E. (2013). “To Cherish Each Day as it Comes”: a qualitative study of spirituality among persons receiving palliative care. *Supportive Care in Cancer*(21), 1445-1451. doi: 10.1007/s00520-012-1690-6
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2016). Svulseter. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (red.) *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 126-149). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (Red.). (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk
- Brenne, A-T. & Estenstad, B. (2016). Hjemmedød. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon, Nordisk lærebok* (3 utg., s. 161-171). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brogaard, T., Neergaard, M. A., Sokolowski, I., Olesen, F. & Jensen, A. B. (2012). Congruence between preferred and actual place of care and death among Danish cancer patients. *Palliative Medicine*, 27(2), 155-164.
doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0269216312438468>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. 6.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Den norske kirke. (u.å). *Medlemsstatistikk*. Hentet 24.03.2019 fra <https://kirken.no/nb-NO/om-kirken/bakgrunn/om-kirkestatistikk/medlemsstatistikk/>
- Eide, H. & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- European Association for Palliative Care. (u.å). *EAPC Task Force on Spiritual Care in Palliative Care*. Hentet 24.03.2019 fra <https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/task-forces/spiritual-care>
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utvikling og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Dødsårsaksregisteret – Statistikkbank*. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Gjevjon, E. R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleie – vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1), 18-26.
- Grov, E. K. (2014). The cancer trajectory – a model of phases. *Vård i Norden*, 34(1), 46-47.

- Hentet fra
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=122295817>
- Grov, E. K. & Wiig, H. S. (2018). Kommunikasjon med pasienter i palliativ fase. I L. G. Heyn (red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (1. utg., s. 196-229). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hellesø, R. (2015). Pasientjournalen og prinsipper i journalføringen. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5 utg., s. 209-241). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Helsebiblioteket. (2018). Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. Hentet 07.12.18 fra <http://mesh.uia.no/>
- Helsedirektoratet. (2018). Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/palliasjon/nasjonale-faglige-rad-for-lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
- Helsedirektoratet. (2015a). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015b). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene.* (IS-2278). Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/892/Rapport_lindrende%20behandling%20og%20omsorg%20ved%20livets%20slutt_IS-2278.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen – Rett til behandling – på rett sted – til rett tid.* (Meld. St. Nr. 47 2008-2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Heyn, L. G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? I L. G. Heyn (red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (1. utg., s.13-31). Oslo: Gyldendal Akademisk
- 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 Akademisk

- Kalfoss, M. H. (2016). Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 453-481). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Keall, R., Clayton, J. M. & Butow, P. (2014). How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3197-3205. doi: 10.1111/jocn.12566
- Kirkevold, Marit. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kreftregisteret. (2018). Fakta om kreft. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>. Hentet 13.12.2018
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie?. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie – Bind 1* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier – Verdier og samhandling. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E-A. (red), *Grunnleggende Sykepleie – Bind 1* (3.utg. s. 89-138). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). Diagnostikk innen palliasjon – en generell innføring. I S. Kaasa & J. H. Loge (red.), *Palliasjon, Nordisk lærebok* (3. utg., s. 202-215). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin – en innledning. I S. Kaasa & J. H. Loge (red.), *Palliasjon, Nordisk lærebok* (3. utg., s. 34-50). Oslo Gyldendal Akademisk.
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 397-436). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lunde, S. A. E., Haugen, D. F. & Austreim, M. H. (2017). Palliasjon er også eksistensiell omsorg. *Sykepleien*. doi: <http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63007>.
- Minton, M. E., Isaacson, M. J., Varilek, B. M., Stadick, J. L. & O'Connell-Persaud, S. (2018). A willingness to go there: Nurses and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2). 173-181. <https://doi.org/10.1111/jocn.13867>
- Molnes, S. I. (2015). Sammen går vi døden i møte. *Norsk Tidsskrift for Helseforskning*, 11(2). doi: 10.7557/14.3718
- Nielsen, R. & Sørensen, E. E. (2013). Det døende menneske som livets læremester. *Nordisk sykeplejeforskning*, 3(2), 117-129. Hentet fra

http://www.idunn.no/ts/nsf/2013/02/det_doeende_menneske_somlivets_laeremester

Norsk senter for forskningsdata. (u.å). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*.

Hentet 13.04.19 fra

https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=BMC&__checkbox_ox_bibsys=true&tv=true

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Norsk Sykepleierforbund. (2018). *Forsvarlighet. Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie*. Hentet fra

https://www.nsf.no/Content/3851110/cache=20181604104115/NSF%20Forsvarlighetshefte-april_2018..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 Akademisk.

Norås, I. L. (2017). Krefstjukepleie i heimen. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Krefstjukepleie. Pasient-Utfordring-Handling* (4. utg., s. 303-327). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Reitan, A. M. (2017). Krefstjukepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Krefstjukepleie. Pasient-Utfordring-Handling* (4. utg., s. 33-49). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Schmidt, H. (2009). *Har du tid til det, da? Om åndelig forhold i sykepleien*. (1. utg). Nesttun: Folio forlag.

Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchman (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 97-113). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stifoss-Hanssen, H. & Kallenberg, K. (1998). *Livssyn og helse. Teoretiske og kliniske perspektiver*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Strøm, B. S. (2015). Livssyn, verdier og åndelig omsorg. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5 utg., s. 908-925). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Strømskag, K. E. (2012). *Og nå skal jeg dø. Hospicebevegelsen og palliasjonens historie i Norge*. Oslo: Pax Forlag.

Sørbye, L. W. & Undheim, L. T. (2012). Å ta menneskets åndelige dimensjon på alvor. I T.

- Danbolt & G. Nordhelle (Red.), *Åndelighet – mening og tro* (1. utg., s. 167-182). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sæteren, B. (2017). Åndelig og eksistensiell omsorg. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient-Utfordring-Handling* (4. utg., 288-302). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Sæteren, B. (2017). Omsorg for alvorlig syke og døende pasienter – sorg og sorgarbeid. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling* (4. utg., 224-250). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiere*. Oslo: Univeritetsforlaget.
- Tornøe, K., Danbolt, L. J., Kvigne, K. & Sørli, V. (2015a). The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying-a phenomenological hermeneutical study. *BMC Nursing*, 14(62).
<https://doi.org/10.1186/s12912-015-0114-6>
- Tornøe, K., Danbolt, L. J., Kvigne, K. & Sørli, V. (2015b). A mobile hospice nurse teaching team's experience: training care workers in spiritual and existential care for the dying – a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 14(1). 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0042-y>
- Torskenæs, K. B., Kalfoss, M. H. & Sæteren, B. (2015). Meaning given to spirituality, religiousness and personal beliefs: explored by a sample of a Norwegian population. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23-24). 3355-3364.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12962>
- Tveit, B. (2012). Åndelig omsorg – fagidentitet og profesjonelt ansvar. I T. Danbolt & G. Nordhelle (Red.), *Åndelighet – mening og tro. Utfordringer i profesjonell praksis* (1. utg., s. 154-166). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- WHO. (u.å). WHO Definition of Palliative Care. Hentet 23. mars 2019 fra <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

8 Vedlegg 1

P - Population	I - Intervention	C - Comparison	O - Outcome
Neoplasm Adult Terminally Ill Patiens Palliativ Kreft	Spiritual Care Palliative Care Hospice Care Home health nursing Communication *Home care *Nurse *Nursing Role *Existential care Communication Hjemmesykepleie/ Hemsjukvård Åndelig/Andlighet Eksistensiell omsorg Palliasjon		Spirituality Verdig død