



(Ivaretagelse av pasientens åndelige og eksistensielle behov)

Kandidatnummer:(219)  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i Sykepleie

Antall ord: (10399)  
Dato:(18.04.2017)

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 18.04.2017
Tittel Ivaretagelse av pasientens åndelige og eksistensielle behov	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier bidra til at kreftpasienters åndelige og eksistensielle behov blir ivarettatt i den palliative fasen?</p> <p><u>Metode</u> Metoden anvendt i oppgaven er litteraturstudium. Jeg har benyttet pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskningsartikler. Jeg har også brukt egne erfaringer fra praksis.</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> For å belyse problemstillingen har jeg valgt å beskrive kreftsykdom, palliasjon, palliativ fase, samt åndelige og eksistensielle behov. Sykepleierens funksjon og den sykepleiefaglige referanserammen som inkluderer lovverket og etikk, er også tatt med. Til slutt beskrives begrepet kommunikasjon i lys av Kari Martinsens omsorgsfilosofi.</p> <p><u>Drøfting</u> Jeg har drøftet problemstillingen med bruk av faglitteratur og funn fra forskningsartikler, samt egne erfaringer. Dette er blant annet bruk av kommunikasjonsteknikker for å skape relasjon med pasient, ved aktiv lytting, bruk av åpne spørsmål og nonverbal kommunikasjon, både hos pasient og sykepleier. Det er også drøftet sykepleiers refleksjon rundt egen dødelighet, betydningen av eksistensielle og åndelige behov hos pasient, samt behov for samtale om skyld og straff.</p> <p><u>Konklusjon</u> For å ivareta pasientens helhetlige behov, er det viktig med gode kommunikasjonsferdigheter, noe som skaper god relasjon til pasienten. Dette krever at sykepleier har et bevisst forhold til sin egen dødelighet. Det er sykepleierens oppgave å ivareta pasientens åndelige og eksistensielle behov samt lindre pasientens åndelige og eksistensielle smerte. Sykepleier må tilrettelegge samtale rundt tilgivelse for pasienten.</p>	

(Totalt antall ord:300)

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Presentasjon av problemstilling</b> .....	<b>2</b>
<b>1.3 Avgrensninger</b> .....	<b>2</b>
<b>1.4 Begrepsavklaringer</b> .....	<b>3</b>
<b>1.5 Oppgavens disposisjon</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Metode</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1 Litteraturstudium som metode</b> .....	<b>4</b>
<b>2.2 Kildevalg</b> .....	<b>4</b>
<b>2.3 Litteratursøk</b> .....	<b>5</b>
<b>2.4 Presentasjon av forskningsartikler</b> .....	<b>5</b>
<b>2.5 Kildekritikk</b> .....	<b>7</b>
<b>2.6 Etisk vurdering</b> .....	<b>8</b>
<b>2.7 Språklige metodiske valg</b> .....	<b>8</b>
<b>3. Teori</b> .....	<b>9</b>
<b>3.1 Kreft</b> .....	<b>9</b>
<b>3.2 Palliasjon</b> .....	<b>9</b>
<b>3.3 Den palliative fasen</b> .....	<b>10</b>
<b>3.4 Åndelige og eksistensielle behov</b> .....	<b>10</b>
<b>3.5 Sykepleierens funksjon</b> .....	<b>11</b>
<b>3.6 Lovverket</b> .....	<b>11</b>
<b>3.7 Yrkesetiske retningslinjer</b> .....	<b>11</b>
<b>3.8 Kommunikasjon</b> .....	<b>12</b>
<b>3.9 Valg av sykepleieteori</b> .....	<b>13</b>
3.9.1 Omsorg som en relasjonell handling .....	13
3.9.2 Omsorg som praktisk handling .....	13
3.9.3 Omsorg som moralsk handling .....	14
<b>4. Drøfting</b> .....	<b>15</b>
<b>4.1 Bruk av kommunikasjonsteknikker for å skape relasjon</b> .....	<b>15</b>
4.1.1 Aktiv lytting og Åpne spørsmål .....	15
4.1.3 Nonverbal kommunikasjon .....	17
4.1.4 Å være bevisst på pasientens nonverbale kommunikasjon .....	18
<b>4.2 Sykepleierens refleksjon rundt egen dødelighet i møte med pasienten</b> .....	<b>19</b>
4.2.1 Mot til å være tilstede og ikke ha løsning på alt .....	20
4.2.2 Behov for å ha et støttende miljø .....	21
<b>4.3 Betydningen av pasientens eksistensielle og åndelige behov</b> .....	<b>22</b>
4.3.1 Pasientens behov for å finne mening og hensikt med livet .....	23
4.3.2 Pasientens behov for transendens eller tro på en høyre makt .....	24
4.3.3 Å avklare pasientens tro .....	25
<b>4.4 Behov for samtale om skyld og straff</b> .....	<b>26</b>
4.4.1 Å bearbeide krenkelsers .....	27
<b>5. Konklusjon</b> .....	<b>29</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>30</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>33</b>

# 1. Innledning

I 2014 fikk 31 651 nordmenn diagnosen kreft. Sammenligner en tall fra 50 år tilbake, er dette en dobling. Selv om en stor andel av de som får diagnosen kreft overlever, er det fortsatt mange som dør. I 2014 var det 10 971 nordmenn som døde av kreft (Kreftregisteret, 2015). I følge Fjørtoft velger pasienter med uhelbredelig sykdom å være hjemme den siste fasen. Det forutsetter at de får mulighet til det og at det legges til rette for dette, slik at det skal oppleves trygt å bo hjemme (Fjørtoft, 2016, s. 81). Etter innføring av samhandlingsreformen har tjenester blitt flyttet nærmere der folk bor, slik at flere pasienter skal behandles av kommunenes helse- og omsorgstjenester (Meld. St. 47, (2008-2009), 2009). Dette innebærer at pasienter med uhelbredelig sykdom skal få behandling, i tillegg til livsavslutning, i sitt eget hjem (Helsedirektoratet, 2015). Å være hjemme i denne siste fasen betyr mye for den enkelte, det er assosiert med trygghet, kontroll og autonomi (Fjørtoft, 2016, s. 79). Samtidig som pasienter med livstruende sykdom ofte er opptatt av døden, står de i tillegg i en kamp med eksistensielle spørsmål (Molnes, 2015). Det er nedfelt i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer at sykepleier er pliktig til å gi helhetlig pleie og omsorg, samt en verdig livsavslutning (Norsk Sykepleieforbund, 2011).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det å kunne snakke om døden med pasient og bidra til en verdig livsavslutning, opplever jeg som svært viktig. Min egen erfaring har i mange tilfeller vist det motsatte av hva mitt fokus er. Jeg ser til stadighet at pasientens fysiske behov blir vektlagt, når pasienten kan ha et like stort eller større behov for å bli møtt som et unikt individ. Som sykepleiestudent trenger jeg å tilegne meg mer kompetanse innen dette temaet, og hva vi som sykepleiere kan gjøre, slik at pasienten oppnår best mulig omsorg i livets slutfase. Gjennom denne oppgaven ønsker jeg å få økt kunnskap om hvordan eksistensielle og åndelig behov kan ivaretas på best mulig måte, og hvordan vi som sykepleiere kan styrke pasientens håp og tro i gjenværende levetid. Jeg mener også at sykepleieren må være profesjonell nok til å kunne være støttespiller for pasienten. Dette vil også være til hjelp for pårørende som ikke innehar den samme kompetansen, og av den grunn føler at enkelte samtaler, for eksempel om døden, kan være

ukomfortable. Og dette er noe jeg ønsker å lære mer slik at jeg blir stand til å ta opp det vanskelige teamet og bli tryggere i dette område.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Med utgangspunkt i dette har jeg jeg valgt følgende problemstilling:

- *Hvordan kan sykepleie bidra til at kreftpasienters åndelige og eksistensielle behov blir ivaretatt i den palliative fase?*

## 1.3 Avgrensninger

Oppgaven omhandler kreftpasienter i palliativ fase og deres eksistensielle og åndelige behov i livets slutfase. På bakgrunn av dette velger jeg å ikke avgrense målgruppen i forhold til alder eller kjønn, siden det er ingen spesifikk avgrensing i forskningslitteratur. Samtidig mener jeg at ivaretagelse av eksistensielle og åndelige behov, samt samtale om døden, er viktig i alle aldre og for begge kjønn. Allikevel vil oppgaven utelukke barn, siden barn har andre behov enn voksne. Jeg fokuserer på pasienter som er rammet av uhelbredelig kreftsykdom. Det er ikke avgrenset til en konkret type kreft, og derfor vil konteksten være palliativ behandling for pasienter med ulike krefttyper og som ønsker å være hjemme den siste fasen av livet. Å få dø hjemme i kjente omgivelser skaper trygghet, både på et praktisk, eksistensielt og åndelig plan (Fjørtoft, 2016, s. 78).

I møte med denne pasientgruppen vil personkontinuitet være viktig. Disse pasientene er i en svært sårbar situasjon og trenger ofte en fast hjemmesykepleier å forholde seg til.

Samtidig blir relasjonsbygging viktig for å imøtekomme pasientens behov (Fjørtoft, 2016, s. 187). Jeg vil ikke problematisere organiseringen av hjemmesykepleien, fordi fokuset i denne oppgaven er relasjonen mellom sykepleier og pasient. Rammefaktorene vil igjen påvirkes av organisering av tjenesten, av kompetansenivået til sykepleieren og om vedkommende er kompetent nok og kan dekke pasientens behov på en forsvarlig måte. Samtidig vil tiden bli avgjørende for å kunne imøtekomme disse behovene og for å skape en god relasjon (Fjørtoft, 2016, s. 162-165). I møte med alvorlig syke pasienter kan pårørende bli påvirket i like høy grad, og dette har ofte en innvirkning på pasientens livskvalitet, men dette vil ikke være hovedfokus i denne oppgaven. Mange pasienter har ikke pårørende som kan hjelpe med å

dekke åndelige og eksistensielle behov hos pasienten, og derfor er det ofte sykepleier som må ivareta pasientens behov.

Kreftpasienter har ofte mange plagsomme smerter og symptomer, derfor er god smertelindring og symptomlindring sentralt i palliativ sykepleie. At smertelindring og symptomlindring er dekket, er en viktig forutsetning for at sykepleier så skal kunne lindre pasientens åndelige og eksistensielle behov. Mitt hovedfokus i denne oppgaven vil være på pasientens åndelige og eksistensielle behov.

#### **1.4 Begrepsavklaringer**

Åndelige behov knyttes ofte opp mot religion, noe som utelukker mennesker som ikke har en religiøs tro. Men i følge Strøm inkluderer åndelig behov også mennesker som ikke har en religiøs tro. Åndelige behov er et grunnleggende behov for alle mennesker som søker mening og styrke ved livets slutt fase (Strøm, 2015, s. 910-911).

Eksistensiell omsorg innebærer å drøfte spørsmål som mennesker stiller seg om identitet, mening, lidelse og død. Det kan også dreie seg om skyld og skam (Strøm, 2015, s. 912).

Når pasienten ikke har nytte av helbredende behandling, og målet for behandling endres fra medisinsk til livsforlengende og symptomlindrende behandling, kan det å lindre pasientens åndelig og eksistensielle behov, bedre livskvaliteten for pasienten. Dette kalles den palliative fasen (Lorentsen og Grov, 2010, s. 425).

#### **1.5 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven består av fem kapitler. I første kapittel presenteres det en innledning. I kapittel to beskrives metode og valg av metode, litteratursøk, presentasjon av forskningsartikler, kildekritikk samt etiske vurderinger og språklige metodiske valg. Deretter kommer det en teoridel der jeg presenterer relevant faglitteratur for min problemstilling. Det vil også presenteres relevant lovverk og yrkesetiske retningslinjer. I drøftingsdelen skal jeg svare på oppgavens problemstilling, hvor det skal drøftes i lys av fag og forskningslitteratur, Kari Martinsens omsorgsfilosofi og noe erfaringsbasert kunnskap. Avslutningsvis oppsummeres en konklusjon for denne oppgaven.

## 2. Metode

I følge Dalland (2012) er metode en fremgangsmåte som benyttes for å løse problemer og fremskaffe ny kunnskap for å belyse den valgte problemstillingen på en faglig og interessant måte. Metode benyttes for å vurdere funn når en samler data. Dalland (2012) sier metode er hvordan vi går frem for å innhente informasjon og statistikker vi trenger, for å på en god måte kunne undersøke et tema.

### 2.1 Litteraturstudium som metode

Oppgaven er basert på litteratur om kreft og palliasjon og jeg har derfor valgt litteraturstudium som metode. En faglitterær oppgave er bygget på eksisterende skriftlige kilder om det aktuelle emnet (Dalland, 2012). Jeg har brukt både forskningsartikler og faglitteratur. Ved å søke opp ulike forskningsartikler og ulike faglitteratur, får jeg muligheten til å fordype meg i temaet, og jeg kan se det i lys av aktuelle teorier. På denne måten får jeg mer kunnskap, og jeg får muligheten til å forbedre min egen praksis.

### 2.2 Kildevalg

I hovedsak er det benyttet litteratur som er spesielt rettet mot sykepleie. I oppgaven har jeg benyttet meg av pensumlitteratur, forskningsartikler og selvvalgte fagbøker som har relevans for min problemstilling. Lærebøker og annen faglitteratur er utgitt på akademiske forlag. Jeg har brukt søkemotoren Oria til å søke etter faglitteratur til min oppgave etter anbefaling fra bibliotekaren. Etter anbefaling fra veileder har jeg benyttet boka *Palliasjon* av Kaasa og Loge. Denne har jeg brukt spesielt i forhold til eksistensielle og åndelige behov. Kaasa er professor i palliativ medisin, og han er internasjonalt kjent for arbeidet sitt. Derfor mener jeg at boka har høy faglig kvalitet. I litteratursøket mitt har jeg fokusert både på sykepleierens perspektiv, og på pasientens perspektiv. Dette har jeg gjort for å kunne belyse problemstillingen fra to sider. I tillegg er det brukt aktuelle lovverk og yrkesetiske retningslinjer, som jeg mener det er viktig å ha kjennskap til og anvende i vårt arbeid som sykepleiere.

## 2.3 Litteratursøk

Kreft og palliasjon er et utbredd tema som det er gjort mye forskning på. For at jeg skal få innsikt i nyere forskning, har jeg valgt å begrense litteratur valget, slik at artiklene ikke skal være eldre enn ti år. Dette fordi forskningen alltid vil endre seg, og ny informasjon og nye forskningsresultater vil kunne anses som mer relevante i forhold til gjeldende føringer for sykepleiere. For å finne forskningsartikler med relevans for problemstillingen min, har jeg brukt databasen CINAHL, Google Scholar og ProQuest. Søkeordene som ble benyttet var *Communication, Terminal Care, Spiritual Care, End Of Life, Existential Care, Nursing and Home Care*. Søkeordene var brukt alene og i ulike kombinasjoner med hverandre, samt at det var avgrenset med AND. Artiklene ble valgt ut på bakgrunn av relevans for problemstillingen. Den ene artikkelen fant jeg via ProQuest, en database med utvalg av tidsskrift innen helse og medisin, og CINAHL med tidsskrifter innen sykepleie og helsefag. Noen av artiklene har jeg funnet ved bruk av kjedesøk i tidligere bacheloroppgaver som jeg mente kunne være relevante for mitt tema.

Oversikt over relevante artikler jeg har benyttet i oppgaven, er beskrevet i litteraturmatrisen (vedlegg), i tillegg til at jeg presenterer dem her. Litteraturmatrisen har vært et metodisk hjelpemiddel for meg, noe som systematiserer artikkelfunnene mine, og for å holde en oversikt over hva som er relevante funn for min problemstilling. Den var til hjelp da jeg skulle drøfte funnene i artiklene i lys av teorien, fordi jeg lett fant tilbake til tematikk i hver enkelt artikkel gjennom matrisen.

## 2.4 Presentasjon av forskningsartikler

*«Communication about existential issues with patients close to death-nurses` reflections on content, process and meaning»*

Susann Strang, Ingela Henoch, Ella Danielson, Maria Browall og Christina Melin- Johansson (2013).

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å få frem sykepleiernes refleksjoner om eksistensielle spørsmål i kommunikasjon med pasienter nær døden.



**Metode:** Kvalitativ metode ble brukt, og 98 sykepleiere fra sykehus, hospice og hjemmetjenesten deltok.

*«How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies»*

Robyn Keall, Josephine M Clayton and Phyllis Butow (2014).

**Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke barrierer og strategier som australske palliative sykepleiere oppgir som eksistensiell og åndelig omsorg for pasienter med livsbegrensende sykdom.

**Metode:** Kvalitativ metode ble brukt i studien. 20 kvalifiserte sykepleiere deltok i denne studien. 12 av de 20 sykepleierne hadde en åndelig eller religiøs tro, 11 av dem var kristne og en var buddhist. To av deltakerne hadde ikke noen spesiell religiøs tro, men følte likevel at åndelighet var viktig i deres liv.

*«Sammen går vi døden i møte»*

Sven Inge Molnes (2015).

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å rette søkelyset på hjemmesykepleierens møte med kreftpasienters åndelig behov, med pasienter som ønsker å dø hjemme, og hvordan sykepleiere beskriver sin praksis knyttet til dette.

**Metode:** Kvalitativ undersøkelse ble brukt, og ti sykepleiere fra tre forskjellige omsorgsdistrikter i Midt-Norge beskriver sine erfaringer fra praksisfeltet.

*«To Cherish Each Day as it Comes”: a qualitative study of spirituality among persons receiving palliative care»*

Gudlaug Helga Asgeirsdottir, Einar Sigurbjörnsson, Rannveig Traustadottir, Valgerdur Sigurdardottir, Sigridur Gunnarsdottir og Ewan Kelly (2013).

**Hensikt:** Målet med denne studien var å utforske åndelighet fra pasientens perspektiv, pasienter som mottar palliativ behandling, samt undersøke hva slags innflytelse åndelighet hadde på pasientens liv og trivsel.

**Metode:** Kvalitative intervjuer ble brukt i denne studien. Ti pasienter deltok i denne studien. De var under palliativ behandling og var 18 år eller eldre.

*«Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care»*

Maria Browall, Ingela Henoch, Christina Melin-Johansson, Susann Strang og Ella Danielson (2014).

**Hensikten:** Målet med denne studien var å beskrive sykepleiernes erfaringer med eksistensielle situasjoner for pasienter som lider av uhelbredelig kreftsykdom.

**Metode:** Kvalitativ metode ble brukt. 83 sykepleiere fra tre hospisce, en onkologisk avdeling, en kirurgisk avdeling og et palliativt team i hjemmesykepleien deltok.

## 2.5 Kildekritikk

For å kunne avgjøre om en kilde er sann, må man være kritisk. Kildekritikk er et samlebegrep for de metodene man kan bruke for å avgjøre dette (Dalland, 2012, s. 72).

Jeg har i denne oppgaven hovedsakelig benyttet meg av primærlitteratur. De fleste artiklene som jeg har valgt er engelske, og her kan det være rom for feiltolking, eller oversettelse kan være mangelfull på grunn av språkforståelsen. Ved valg av forskningslitteratur har jeg tatt utgangspunkt i IMRaD-strukturen ved å lese abstraktene. IMRaD-strukturen inneholder: introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Gjennom denne strukturen kan man enklere finne artikkelens relevans, gyldighet og holdbarhet (Dalland, 2012, s. 72-79).

Artiklene som er valgt, er utgitt i tidsskrifter som: Psycho Oncology, Nordisk tidsskrift for helseforskning, European Journal of Oncology Nursing og Journal of Clinical Nursing. Disse tidsskriftene foretar fagfelles vurdering ved publisering for fagfolk innenfor samme fagfelt som det artikkelen beskriver. Jeg kan derfor stole på at artikler som er publisert i anerkjente tidsskrifter, har gjennomgått en faglig kvalitetssikring. Enkelte av artiklene jeg har brukt, er

skrevet i Norden. Jeg mener felles kultur og holdninger vil stort sett være de samme i hele Skandinavia.

Det er blitt brukt kvalitativ metode i mine artikler. I følge Dalland bruker man kvalitativ metode når man forholder seg til meninger og opplevelser man ikke kan tallfeste eller måle. Kvalitativ metode tar for seg åpne, dype intervjuer som får frem en aktuell problemstilling. Man fokuserer også på direkte kontakt med feltet (Dalland, 2012, s. 112-113). Dette gir meg pasientperspektiv og sykepleieperspektiv, samt opplevelser og meninger som jeg ikke har mulighet til å hente inn selv, men som jeg ønsker å bruke i min oppgave. Derfor gjør kvalitative forskningsartikler seg godt for å belyse min problemstilling gjennom studie av denne type litteratur.

## **2.6 Etisk vurdering**

Jeg har i denne oppgaven fulgt gjeldende retningslinjer for oppgaveskriving, og jeg har forsøkt etter beste evne å være etterrettelig med hensyn til sitering og gjennomiktig bruk av kilder. I følge Dalland (2012) har forskningsetikk som formål å sikre forskningsresultatenes troverdighet og ivaretagelse av personvern. For å sikre sporbarheten til den informasjon jeg bruker i oppgaven, har jeg vært konsekvent med bruk av APA-standard. Erfaringer jeg viser fra jobb og praksis er blitt anonymisert.

## **2.7 Språklige metodiske valg**

Norsk er ikke mitt morsmål, og jeg har derfor vært opptatt av å være språklig tydelig og enkel. Jeg har også fått hjelp til rettskriving av nære venner som har lest gjennom oppgaven sammen med meg.

### **3. Teori**

I dette kapittelet presenteres relevant teori for min problemstilling. Jeg har valgt å fokusere på begrepene kreft, palliasjon, palliativ fase, samt åndelige og eksistensielle behov. Dessuten har jeg valgt å ta med sykepleierens funksjon og kommunikasjon med pasienter i den palliative fase, i lyset av Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Aktuelle lovverk og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere løftes også frem.

#### **3.1 Kreft**

Kreft er en sykdom som gjør at celler deler seg ukontrollert og ikke oppfører seg på samme måte som friske celler ville gjort. Når det har oppstått en opphopning av de syke cellene i et organ, vil det utvikle seg til en krefttumor. (Lorentsen & Grov, 2010, s. 402). Tumor er en slags gruppe celler som deler seg ukontrollert. Det skilles mellom to typer tumorer: benigne (godartet) og maligne (ondartet) tumorer. Benigne tumorer består av celler som vokser ukontrollert, men uten å spre seg til andre organer. Maligne tumorer er en samling av ukontrollerte celler som vokser inn i nærliggende vev og organer. Denne sprer seg gjennom blodstrøm, lymfebaner eller kroppens hulrom. Dette kalles også for kreft eller cancer, noe som oftest er en dødelig sykdom, mens benigne tumorer som regel ikke er livstruende (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011, s. 124).

#### **3.2 Palliasjon**

I følge European Association for Palliative Care (EAPC), er palliasjon en aktiv og helhetlig behandling av pasienter med uhelbredelig sykdom. Palliasjon har til hensikt å lindre pasientens fysiske smerter og andre plagsomme sykdommer, samt iverksette tiltak rettet mot pasientens psykiske, sosiale og åndelige behov. Palliasjon er en tverrfaglig tilnærming som inkluderer både pasienten, pårørende og samfunnet. Pleie og omsorg er grunnleggende innen palliasjon, og prinsippene gjelder enten pasienten bor hjemme eller på sykehjem. Palliasjon bekrefter døden som en naturlig prosess, noe som verken fremskynder eller utsetter døden. Et hovedmål er å gi pasienten best mulig livskvalitet den siste tiden (European Association for Palliative Care, 2016).

### 3.3 Den palliative fasen

I praksis vil en palliativ fase starte når en vet at sykdommen til pasienten er uhelbredelig. Den palliative behandlingen avsluttes ikke før pasienten dør. Derfor vil ivaretagelse av og omsorg for pasienten bli sentralt (Helsedirektoratet, 2015, s. 12). I følge Lorentsen og Grov er lindrende fase det samme som palliativ fase. Palliativ fase handler om å legge en lindrende, beskyttende kappe over pasienten (2010, s. 425).

De fleste pasientene under palliativ behandling ønsker å bo hjemme. Derfor må den grunnleggende kunnskap om palliasjonen beherskes av alt helsepersonell pasienten bruker. I alle ledd vil det være sykepleiere, og sykepleierne må være enige om prinsippene rundt palliativ behandling, samt tiltakene for den spesifikke pasienten (Helsedirektoratet, 2015, s. 15).

### 3.4 Åndelige og eksistensielle behov

I følge *EAPC Taskforce on Spiritual Care in Palliative Care* er åndelige behov en dynamisk dimensjon i et menneskeliv. Dette er relatert til pasientens livserfaring, hvordan de uttrykker seg og/eller søker mening og hensikt med livet. Det handler også om hvordan pasienten forholder seg til øyeblikket, til seg selv, til andre, til naturen og til det som er betydningsfullt eller hellig for personen. Åndelige behov er multidimensjonale og tar for seg eksistensielle utfordringer, som verdibaserte hensyn og holdninger, samt religiøse betraktninger (European Association for Palliative Care, 2017).

Hirsch og Røen sier at åndelige/eksistensielle er et ordpar. Dette fordi ordene gjerne overlapper hverandre. Eksistensielle behov omfatter det som er betydningsfullt og meningsfullt i de nære ting, og er et mer jordnært begrep enn åndelige. Samtidig understreker de at *spiritual needs* gjerne oversettes med *åndelige/eksistensielle behov*. Det handler om hva som er viktig for pasienten, og dette er ulikt fra person til person. For å ivareta pasienten best mulig, er det avgjørende å forstå den enkelte pasients åndelige/eksistensielle behov (Hirsch og Røen, 2016, s. 316).

Når pasienter konfronteres med sykdom og død, stiller mange seg eksistensielle spørsmål. Dette kan være uklarheter om tro, skyld, håp og meningen med livet. Dette er uavhengig av religiøse og ikke-religiøse verdier. Strøm hevder at det å opprettholde en meningsfylt identitet i livets slutfase er viktig. Eksistensiell og åndelig smerte handler om å finne en mening med

livet eller med lidelsen som følger av sykdom. I følge Strøm er det viktig at pasienten har en følelse av verdi, mening og styrke, og dette kan ses på som et grunnleggende behov. Dersom åndelige og eksistensielle spørsmål ikke løses, kan det bli vanskelig å finne årsaken til smerte eller utilfredshet pasienten måtte ha (Strøm, 2015, s. 908- 916).

### **3.5 Sykepleierens funksjon**

I møte med alvorlig syke og døende pasienter har sykepleieren en lindrende funksjon. Reitan sier at sykepleierens lindrende funksjon har som mål å begrense eller redusere pasientens fysiske, psykiske eller åndelige-eksistensielle belastninger ved døden. Sykepleierens lindrende funksjon handler om å iverksette nødvendig tiltak for å redusere pasientens problemer og tiltak for å lindre pasientens lidelse. Lindrende funksjon kan utøves gjennom kommunikasjon og god samtale. Reitan understreker at sykepleieren har ansvar for å imøtekomme pasientens spesielle behov og utfordringer, og at det må legges til rette for en fredelig og behagelig død (Reitan, 2010, s. 29).

### **3.6 Lovverket**

Pasient- og brukerrettighetsloven har som formål til å sikre at befolkningen får lik tilgang på tjenester. Den omfatter også hvilke rettigheter pasientene har overfor helse- og omsorgssektoren. Den som yter helsehjelp skal fremme et tillitsforhold mellom pasient/bruker og helse- og omsorgstjenesten. Sykepleier skal også fremme sosial trygghet, samt ivareta pasienten som individ og respektere pasienter og brukes liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

I følge § 3-1 har pasienter også rett til medvirkning i sin egen behandling. Medvirkning vil si at de er med på å bestemme sin egen behandling og hvordan tjenestetilbudet skal være utformet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

### **3.7 Yrkesetiske retningslinjer**

Yrkesetiske retningslinjer beskriver at sykepleieren i møte med pasienten skal ivareta den enkelte pasients verdighet, at pasienten blir respektert, bevarer sin identitet og ikke blir utsatt

for krenkelser. Den enkelte har rett til helhetlig sykepleie, det vil si å ivareta hele personen og dennes rett til medbestemmelse (Norsk Sykepleieforbund, 2011).

I yrkesetiske retningslinjer har sykepleiere fire ansvarsområder. Det er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. En av sykepleierens fundamentale plikter er å lindre lidelse. Det handler om at sykepleier har ansvaret for å lindre lidelse og gi støtte til en naturlig og verdig død, samt ivareta pasientens helhetlige omsorg (Norsk Sykepleieforbund, 2011).

### **3.8 Kommunikasjon**

Ordet kommunikasjon stammer fra det latinske ordet «*communicare*» som betyr å gjøre noe felles, være delaktig med noen andre, eller å ha en forbindelse med noen (Eide og Eide, 2007, s.17). I følge Reitan er god kommunikasjon og samhandling med kreftpasienter grunnleggende for å utøve en god sykepleie. Hun sier at kommunikasjon er et godt middel for å bli kjent med pasienten, for å få oversikt over pasientens behov, samt for å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse (Reitan, 2010, s. 102).

Eide og Eide sier at i samhandling med pasienten benytter sykepleieren både verbal og nonverbal kommunikasjon, noe som er grunnlaget for kontakt og trygghet. Den verbale kommunikasjonen foregår gjennom tale, og dette gir mulighet til å åpne seg og dele sine tanker og følelser, mens den nonverbale går ut på å fortolke tegn og signaler. Dette omfatter kroppsspråk, ansiktsuttrykk, stemmeføring, berøring, øyekontakt og stillhet. Felles for både verbal og nonverbal kommunikasjon er å lytte aktivt for å bekrefte at man følger med i samtalen, slik at pasienten føler seg ivaretatt. Eide og Eide understreker at ved å stille åpne spørsmål, gir sykepleieren pasienten mulighet til å snakke ut i fra egne opplevelser og dermed gir sykepleieren mer informasjon. Å stille åpne spørsmål innebærer å gi rom til andre å snakke fritt og åpent, og til å fortelle med egne ord hvordan saken ser ut. Dette gir sykepleier en forutsetning for å danne seg et helhetlig bilde av pasienten (Eide og Eide, 2007, s. 202-276).

Reitan sier at kommunikasjon er en gjensidig meningsutveksling, og relasjonen mellom partene, opplevelsen de har av hverandre, samt individuelle forutsetninger, vil spille en rolle i hvordan aktørene tolker signalene fra hverandre (Reitan, 2010, s. 103). God kommunikasjon og gode relasjoner kan bidra til økt trygghet mellom pasient og sykepleier. Gode

samtaleferdigheter bidrar til å få frem helhetlige perspektiver hos pasienten, noe som muliggjør en god plan for videre pleie (Eide og Eide, 2007, s. 21).

*Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* sier at for å kunne kartlegge behovene til en pasient i palliativ behandling, må sykepleieren kommunisere med pasienten. Pasienter med kreftsykdommer i palliativ fase har kort levetid, variert sykdomsforløp og ulik kulturell bakgrunn. Derfor må sykepleieren se viktigheten av individet og gi pasienten mulighet til å komme med egne forslag og innspill. Pasientens eksistensielle spørsmål og relasjoner er sentral når døden nærmer seg, og det er viktig at pasienten i en tidlig fase får mulighet til å snakke om den siste fasen av livet og om døden (Helsedirektoratet, 2015, s. 17).

### **3.9 Valg av sykepleieteori**

I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på Kari Martinsens omsorgsfilosofi, fordi jeg tenker at denne teorien svarer på min problemstilling på en god måte. For Martinsen er begrepet omsorg forbundet med det å hjelpe og å vise omtanke. Kreftpasienter i livets slutfase har lite kapasitet til å ta vare på seg selv, derfor er sykepleierens omsorg helt avgjørende. Martinsen beskriver tre særtrekk ved omsorgsbegrepet: den relasjonelle, den praktiske og den moralske (2003, s. 14).

#### **3.9.1 Omsorg som en relasjonell handling**

Omsorgens relasjonelle side tar utgangspunkt i mellommenneskelig relasjon mellom to personer basert på nærhet, solidaritet og fellesskap. Tillit og avhengighet er grunnleggende i en relasjon. Martinsen vektlegger at avhengighet angår oss på forskjellige måter, i alle forhold vi har til mennesker. Hun sier at vi har et ansvar for de svake, noe som er et overordnet verdiprinsipp og forbilde. Dette kan begrunnes ut i fra at mennesker er avhengige av hverandre og at på visse områder har behov for hjelp fra andre. Av den grunn skal handlingen vi utfører gi den svake mulighet til å leve livet så godt som mulig (Martinsen, 2003, s. 14-15).

#### **3.9.2 Omsorg som praktisk handling**

I følge Martinsen (2003) er liknelsen om den barmhjertige samaritan et praktisk forbilde, noe som viser oss andre sider ved omsorgen, det vil si at omsorg er et praktisk begrep. Hun sier at



liknelsen viser oss to ting: For det første at en må delta aktivt og praktisk i den andre sin lidelse og ikke trekke seg fra situasjonen. For det andre innebærer liknelsen at en må hjelpe andre uten betingelser, uten å forvente noe tilbake. Handlingen bygger på en konkret situasjon og forståelse av situasjonen (Martinsen, 2003, s. 15-16).

### **3.9.3 Omsorg som moralsk handling**

Martinsen hevder at omsorg har også en moralsk side, der ansvaret for den svake skal læreres gjennom praksis. Martinsen hevder derfor at beslutninger må tas ut fra et bevisst menneskesyn, der det mest grunnleggende er prinsippet om ansvaret for de svake. Omsorgsbegrepet handler også om å lære seg å håndtere makt. Makt kan bare brukes ut i fra solidaritet med den svake, og dette må ligge til grunn når det brukes makt. Makten skal brukes på en forsvarlig måte. I møte med den svake bør sykepleier samtidig vise engasjement, slik at pasientens eksistensielle behov blir ivaretatt (Martinsen, 2003, s. 17).

## 4. Drøfting

I dette kapittelet ønsker jeg å drøfte problemstillingen «*Hvordan kan sykepleie bidra til at kreftpasienters åndelige og eksistensielle behov blir ivaretatt i den palliative fase*». Jeg vil belyse problemstillingen med funnene fra de aktuelle forskningsartiklene, sett i lys av valgt teori fra kapittel 3.

### 4.1 Bruk av kommunikasjonsteknikker for å skape relasjon

Studien til Keall et al.(2014) viser at det er viktig at sykepleier har grunnleggende kommunikasjonsferdigheter og for at samtaler på et dypere nivå skal skje, er relasjonen mellom sykepleier og pasient vesentlig. I følge Martinsen (2003) er god relasjon viktig for at pasient skal åpne seg for sine eksistensielle behov. Martinsen sier at en sykepleier ikke kan vise god omsorg uten å ha en relasjon til pasienten. For å kunne ha en omsorgsfull relasjon til pasienten, må sykepleieren ha tilstedeværelse og engasjement (s. 71). Av egne erfaringer har jeg sett at kommunikasjon er nøkkelen til å danne en relasjon til pasienten og for å bli kjent med pasienten som person. Dette bekreftes også av teori, hvor Reitan (2010) sier at kommunikasjon er et middel for å bli kjent med pasienten og gir oversikt over pasientens behov (s. 102). For å få fram de åndelige behovene hos pasienten, mener Hirsch og Røen (2015) at en bekreftende relasjon er viktig, der tillit og omsorg er nøkkelord for relasjonen (s. 316). I følge Martinsen (2005) er omsorg ikke en teknikk man kan lære, dette er en væremåte i pasient-sykepleier-relasjonen. Den vil være forskjellige fra person til person, og bygger på tillit og gjensidig respekt. Å vise tillit kan bety mange ting. Det kan være å utlevere seg overfor pasienten, men også hvilken holdning sykepleier har i en samtale (s. 142-143).

#### 4.1.1 Aktiv lytting og Åpne spørsmål

I studien til Strang et al.(2013) understrekes betydningen av gode samtaleferdigheter. Sentrale elementer i aktiv lytting er å bruke åpne spørsmål, svare med et spørsmål, bruke humor når det er hensiktsmessig og unngå belastende ord. Viktigheten av aktiv lytting kommer også frem i studien til Keall et al. (2014). I følge Keall et al. er aktiv lytting å vise pasienten hva du har hørt, og svarer adekvat. Sæteren (2010) hevder at for å ivareta pasientens eksistensielle/åndelige behov, er det viktig at sykepleieren er lyttende, og empatisk overfor pasienten. Sæteren mener at er det viktig at sykepleieren hører hva pasienten sier, hva er

meningen bak ordene til pasienten. En sykepleier kan finne svar på mange eksistensielle spørsmål ved å lytte til en pasients livshistorie. Gjennom disse kan pasientens identitet komme til uttrykk. Pasientens livshistorie gjenspeiler ofte hvilken kulturkrets de tilhører, og på denne måten kan sykepleieren lettere forstå hvordan pasienten tolker den palliative behandlingen. Sæteren hevder at sjelden blir viktige historier fortalt flere ganger. Det som fortelles kan være en bekreftelse på ting som betyr mye for pasienten, og derfor er det viktig å legge til rette for det som betyr mest (2010, s. 313- 314).

Rønsen og Jakobsen (2016) forteller om en pasient som hadde tilsynelatende umulige ønsker om å se hagen sin også båten, fordi mannen hadde to lidenskaper i livet sitt: hage og båtliv. Sykepleieren tenker at dette må være mulig, og tar kontakt med sønnen. De planlegger dagen med utstyr og rullestol og ordner med transport. Når alt dette er på plass, spør sykepleieren om pasienten vil ta en tur til havna, og til hagen. Dette virker kanskje umulig siden pasienten bruker kanyler og sitter oppe bare en halvtime hver dag. Men lysten til å prøve overvinner frykten, fordi alt er så godt planlagt. Pasienten får se båten sin som er nypusset og fin, og etter besøket i båthavnen går turen til hagen, der sønnen har ordnet med kafe og kake og samlet familie og nære venner. Pasienten har ikke sagt mye på turen, men alle ser at dette gjør godt, og et par uker senere så dør pasienten rolig og verdig (Rønsen og Jakobsen, 2016, s. 81). Dette viser at det er viktig for oss som sykepleiere å lytte til pasientene, fordi dette gir et innblikk i hva som er viktig for dem. Gjennom å lytte, blir man kjent med pasientene, og ser deres verdier og identitet. Man lærer hva pasienten setter pris på når det gjelder mat, musikk eller knust. Slik informasjon kan hjelpe oss som sykepleiere i å bidra til at pasientens siste levetid blir verdig og meningsfull.

I følge Strang et al.(2013) er det sykepleierens oppgave å ta opp eksistensielle spørsmål. Dette bekreftes også av Eide og Eide (2007). Når pasienter har vansker med å åpne seg, er det sykepleierens oppgave å ta initiativ. Ved å stille åpne spørsmål, gir sykepleieren pasienten mulighet til å snakke ut i fra egne opplevelser, noe som gir sykepleieren mer informasjon til å danne seg et helhetlig bilde av pasienten (Eide og Eide, 2017, s. 276). Derimot hevder Sæteren (2010) at dersom sykepleieren sanser at pasienten har vanskeligheter med å uttrykke seg, kan det være godt å ha noen spørsmål i beredskap. Dette krever stor varsomhet fra sykepleieren, slik at pasienten opplever omsorg og ikke krenkelse (s. 314). Gjennom praksis har jeg erfart at det er viktig å bruke spørsmål som: Hvordan har du det i dag? Er det noe spesielt du tenker på? På den måten signaliserer man tilgjengelighet, noe som også åpner for relasjonsbygging.

Særteren (2010) mener at samtalen må skje på pasientens premisser. Det er pasientens ønsker og behov som står i fokus (s. 314). Dette bekreftes også av *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Kommunikasjon om disse forhold krever varsomhet, og det stilles krav til at sykepleier skal sette seg i pasientens situasjon (Helsedirektoratet, 2015, s. 35). I følge Martinsen (2003) handler det om å sette seg inn i pasientens situasjon, og da vil omsorgen komme spontant. Man kan stille seg spørsmål, som hvordan jeg ville bli behandlet hvis jeg var i pasientens situasjon. Martinsen mener at sykepleieren aldri kan være i pasientens situasjon, men ved å prøve å bruke egne erfaringer fra lignende situasjoner, kan dette hjelpe pasienten på best mulig måte.

#### **4.1.3 Nonverbal kommunikasjon**

I studien til Keall et al.(2014) kommer det frem at det bare er få sykepleiere som er bevisst på sin egen nonverbale atferd. I studien beskrev de at i dialog med pasient er det viktig at sykepleieren er bevisst på egne nonverbal atferd. Måten sykepleieren sitter på, ser ut og bruk av toneleie, kan skape tillit hos pasienten. Men i praksis er det få sykepleiere som er oppmerksomme på dette området. Martinsen (2005) hevder at kroppsspråket vårt har en mening. Vi signaliserer hva vi vil si med kroppen vår, kroppen innrette seg på til det vi snakker om. Dette kan avsløre om sykepleieren har engasjement og oppmerksomhet mot pasienten (s. 35). Gjennom egne opplevelser har jeg erfart at det er viktig å være bevisst på eget kroppsspråk. Hvis man signaliserer usikkerhet gjennom kroppsspråket, kan det føre til at pasienten lukker seg og ikke vil meddele sine tanker. Martinsen (2003) hevder at sykepleierens engasjement overfor pasienten vises i hvordan sykepleier uttrykker. Hva hun gjør og hvordan hun gjør det, blir essensielt (s. 37).

Martinsen(2005) understreker hvordan den gjensidige tilliten påvirker samtalen. For at pasienten skal føle seg hørt i en sårbar situasjon, må sykepleieren sanse, lytte og prøve å forstå hva som står på spill hos pasienten, og på den måten gir sykepleieren støtte og hjelp. Måten sykepleieren er på, hvordan hun ordlegger seg og stemningen hun bærer med seg, bestemmer om handlingene er omsorgsrettet eller ikke. Derfor er omsorgen moralsk, fordi det dreier seg ikke om bare å gjøre noe, men måten vi handler på. Martinsen sier at hvordan sykepleieren stiller seg i forhold til det pasienten sier, også vil være med på å bestemme hvilken retning samtalen tar (Martinsen, 2005, s. 38).

I studien til Strang et al.(2013) kommer det frem at det ikke alltid er nødvendig å bruke ord for å kommunisere med pasienten. Sykepleierne i denne studien forteller at de i mange

tilfeller brukte stillheten til å kommunisere med pasientene. Enkelte av pasientene klarte ikke å formulere følelsene sine med ord, men stillheten fikk dem til å uttrykke sine følelser. De hadde for eksempel en pasient som var vanskelig å komme nær. En morgen begynte de å hjelpe han med stell, og sykepleierne var stille hele tiden. Denne nonverbale kommunikasjonen var så oppsiktsvekkende, og noe som skjedde med han, og også med sykepleierne. Han fikk fotmassasje og ble vasket, og like etter åpnet han seg opp. Noe hadde løsnet, og de hadde ikke ord til å beskrive det. Gjennom dette fant han ro. Dette at sykepleier er opplært til å alltid gjøre ting for pasienten, bekreftes også av Sæteren (2010). Derfor kan det være vanskelig med situasjoner hvor man kun trenger å være til stede, uten å gjøre noe praktisk. I følge Sæteren vil det å være nærværende på en ikke-praktisk måte, invitere pasienten til bare å være seg selv. Dette innebærer også å akseptere pasientens livsforståelse på en åpen måte, og dette kan være en betryggende og lindrende opplevelse for pasienten (2010, s. 315).

#### **4.1.4 Å være bevisst på pasientens nonverbale kommunikasjon**

Sæteren (2010) hevder at i møte med pasienten er det også viktig å være bevisst på hva pasienten uttrykker gjennom kroppsspråk, holdninger og språklige uttrykk. Dette kan for eksempel være redde øyne, tårer, måten pasienten sitter på eller går på, signaler som sier noe om pasientens åndelige behov (s. 313). Keall et al.(2014) poengterer at åndelige og eksistensielle behov lett kan forveksles med de fysiske, og blir derfor ofte feilbehandlet. Et eksempel fra en studie, hvor en ung, enslig far fikk kreft med spredning og ikke fikk effekt av smertelindring. Sykepleieren tok seg tid, snakket med vedkommende og fikk ham til å fortelle sin livshistorie. Gjennom dette ble hans behov for opiater etter hvert redusert. Sæteren sier at i noen tilfeller kan pasientens uttrykk forveksles med psykiske/fysiske problemer. Det er derfor viktig at sykepleieren benytter seg av sin kompetanse og sin viten om fenomener som mening/meningsløshet og håp/håpløshet, slik at de ikke utelukker eksistensielle behov som ikke blir dekket. Dette kan tydeliggjøres ved at sykepleieren responderer på pasientens uttrykk (Sæteren, 2010, s. 313). Martinsen (2003) omtaler at et registrerende øye er det som blikket registrerer ved bruk av faglige kunnskaper, samt erfaring i møte med pasienten. Hjertets øye er evnen til innlevelse, det å forstå pasientens situasjon. Martinsen sier at det er viktig at sykepleieren søker informasjon om pasientens personlighet og forhistorie. Hvordan opplever pasienten situasjonen? Har pasienten en lang sykdomshistorie? På denne måten kan

sykepleieren lettere gi god og helhetlig omsorg. Når sykepleieren kartlegger pasienten på en god måte, blir også de videre møtene hensynfulle og omsorgsrettede.

#### **4.2 Sykepleierens refleksjon rundt egen dødelighet i møte med pasienten**

I studien til Strang et al.(2013) kommer det frem at sykepleierne betraktet eksistensielle samtaler som en tung byrde. Dette tappet dem for energi, og utløste angst. De identifiserte seg med pasientens situasjon, noe som ble utfordrende. De tenkte «det kunne ha vært meg». I min praksisperiode har jeg opplevd at sykepleierne som jobbet tettest med pasientene kviet seg for å snakke om døden. Derimot når det palliative teamet kom, snakket palliativ teamet åpenhjertig og ærlig om døden. For å ivareta pasientens åndelige og eksistensielle behov er det en forutsetning at sykepleier har et bevisst forhold til egen tanker og tro rundt eksistensielle og åndelige spørsmål. Med grunnlag i yrkesetiske retningslinjer som omhandler pasient og sykepleier, er det nedfelt at sykepleier har ansvar for å lindre lidelse og gi støtte til en naturlig og verdig død, samt ivareta pasientens helhetlige omsorg (Norsk Sykepleieforbund, 2011). Selv om et helhetlig menneskesyn er grunnlaget for sykepleiepraksis, har jeg gjennom praksis erfart at mange pasienter i livets slutfase strever med åndelige og eksistensielle spørsmål, og at sykepleierne ikke klarer å stå i disse situasjonene. Artiklene jeg har valgt, tyder på at manglende bevissthet rundt egen dødsangst hos sykepleiere fører til at sykepleierne føler utrygghet for å ta opp eksistensielle spørsmål.

I studien til Molnes (2015) kommer det frem at det ikke alltid er lett å snakke om de vanskelige tingene, og det krever mot å gå inn i situasjonen. Molnes sier at mange av pasientene som mottar palliativ pleie, er klar over at de skal dø. Allikevel er det mange sykepleiere som ikke tør å gå inn i en samtale om pasientens situasjon. I følge Særterren (2010) krever det mot å møte mennesker som lider og samtidig våge å stå i vanskelige situasjoner. Når for eksempel en pasient uttrykker angst, betyr det at sykepleier også må stå i mot sin egen angst og egne dødskrefter. Hvis sykepleier ikke anerkjenner sin egen angst, kan det hindre møtet med pasienten. Sæterren hevder at hvis sykepleier vil hjelpe pasienten med åndelige/eksistensielle utfordringer, krever det at sykepleier selv må være innstilt på å jobbe med sin egen utvikling og vekst (2010, s. 312). Refleksjon rundt egen dødelighet, tro og død er viktig for sykepleier (Helsedirektoratet, 2015, s. 35). Dette understrekes også av Nordhelle

(2012). Nordhelle mener at for å gi et helhetlig tilbud til pasienten, må vi først ha arbeidet med åndelige spørsmål i vårt eget liv, og vi må kjenne oss selv på et dypere plan (s. 69).

Molnes (2015) skriver i sin studie at det er like vanskelig for helsepersonell som for pasienten, å stå ansikt til ansikt med døden. Det er vanskelig fordi sykepleierens egne følelser også blir involvert. Dette handler mye om å være trygg på seg selv og sine følelser. Molnes poengterer at dette påvirker samspillet med og tilliten til alvorlig syke. Når sykepleieren ikke tør å snakke om døden, kan dette hindre pasientens åpenhet, og pasienten kan lukke seg angående sine eksistensielle behov.

Rønsen og Jakobsen (2016) beskriver en situasjon der en sykepleier ved et hospice forteller om sin erfaring med en pasient som var døden nær: Sykepleieren hadde utført morgenstellet og skulle til å forlate rommet når pasienten med tung pust og smerter i kroppen, ber om assistanse til å sette seg opp i sengen. De har en god tone og et godt samarbeid, og på vei ut av rommet merker sykepleieren noe i blikket til pasienten. Sykepleieren går tilbake til sengekanten og spør pasienten om det er noe mer hun kan hjelpe med. Pasienten forklarer da at han er redd for døden, og redd for at Gud ikke skal ta han imot, fordi han ikke har vært et godt menneske. Sykepleieren begynner å tvile på sin egen kompetanse til å svare på dette, ettersom hun ikke er aktiv kirkegjenger, og hennes første impuls er å tilkalle en prest. Men samtidig tenker sykepleieren at det er jo faktisk hun som blir spurt, og at hun er nødt til å svare på denne tilliten som pasienten viser henne. Sykepleieren forklarer så pasienten at alle mennesker er feilbarlige, og at alle har sin måte å forholde seg til sin Gud på, og selv om hun ikke er bevandret i Bibelen, så har hun forstått det slik at dersom du ønsker deg til Gud, så vil han ta deg imot. Sykepleieren merket deretter at pasienten ble roligere, og de avtalte så at presten også skulle komme på besøk. Pasienten døde tre dager etter dette møtet. Her utfordres sykepleier og hennes egen tro, og sykepleieren møter pasienten som *person*. Sykepleieren svarer dermed på pasientens direkte spørsmål. På denne måten blir omsorgen personrettet (Rønsen og Jakobsen, 2016, s. 145).

#### **4.2.1 Mot til å være tilstede og ikke ha løsning på alt**

Sørbye og Undheim (2012) hevder at det er krevende å få aktualisert egne livsspørsmål. En pasient med fysiske smerter kan hjelpes med ekstra medisiner for å lindre lidelsen. Derimot kan en pasient med åndelige smerter være vanskelig å behandle. I følge Sørbye og Undheim kan det være vanskelig når sykepleier innbiller seg at pasienten forventer et svar eller en

løsning på sitt åndelige problem. Sykepleier står uten håndfaste behandlingsmuligheter, og den beste løsningen for pasienten kan være en hånd å holde i og et lyttende øre. Sørbye og Undheim hevder at sykepleier må være bevisst på egne verdier for å unngå at grensen mellom egne meninger og pasientens meninger blir for flytende (2012, s. 179). Fra egen praksis har jeg opplevd at man ikke nødvendigvis må ha de rette svarene, men det at man er tilstede og kan hjelpe pasienten til å sette ord på skyld, sorg eller sinne er viktig. Strang et al.(2013) poengterer også dette i sin studie, at det å ha mot til å være til stede, være bekræftende og ikke måtte ha en løsning på alt, var viktige faktorer i samtale med pasientene som strever med åndelig og eksistensielle smerte. Sæteren (2010) bekrefter også dette og sier at pasienten krever ikke at sykepleier har alle svar, men at det er viktig at sykepleier har mot til å stille seg åpen, og ikke ta avstand. For at pasientens egne verdier ikke skal oppleves som en trussel, må sykepleier være svært bevisst sine egne verdier (s. 312).

#### **4.2.2 Behov for å ha et støttende miljø**

Sæteren (2010) presiserer at dersom en sykepleier føler seg kompetent og bevisst på sin egen tro, er det ingenting i veien for å bistå pasienten i spørsmål om tro og tvil (s. 312). Enkelte i studien til Molnes (2012) mente at dersom man ikke følte seg komfortabel, var det bedre å innhente kompetanse, som for eksempel prest. Hvis sykepleier ikke har engasjement og tilstrekkelige kunnskaper rundt situasjonen, og likevel velger å gå inn i slike samtaler, kan det gjøre vondt verre. Jeg har erfart at det å reflektere med medarbeidere om usikkerhet rundt slike vanskelige temaer gjør noe med sykepleierens evne til å utvikle egne avklaringer rundt eksistensielle spørsmål. Studiet til Strand et al.(2013) poengterer også viktigheten av å ha et støttende miljø. Dette kan for eksempel skje gjennom å drøfte situasjonen med en kollega eller jobbe tverrfaglig, noe som vil gjøre sykepleier mer komfortabel med å ta disse krevende samtalerne om eksistensielle behov med pasienter som er i livets slutfase. Jeg mener at sykepleiere som ikke har et støttende miljø, lettere blir utbrent. Det er viktig at arbeidsplassen har en kultur for debrifing, slik at sykepleier ikke tar med seg problemer fra jobben hjem.



### 4.3 Betydningen av pasientens eksistensielle og åndelige behov

Asgeirsdottir et al.(2013) hevder i sin studie at når livet nærmer seg slutten, blir det viktigere for pasientene å omfavne det de ser på som viktig i livet. Pasientene søkte mening og stilte spørsmål rundt kjernen av deres eksistens. Spiritualitet ble betraktet som en del av hverdagen, både i religiøs og ikke-religiøs form. Betydningen av familieforhold, hvilken betydning Gud har og annen åndelig praksis ble ofte sentrale temaer. I følge Hirsch og Røen (2016) kan vi både leve og dø for det mest betydningsfulle i livet. Folk flest har noe som for dem er hellig og ukrenkelig, noe som går utover den nære virkeligheten. For noen kan naturen gi en følelse av storhet, for andre kan Gud være en styrke (s. 321).

I følge Asgeirsdottir et al.(2013) koblet deltakerne i studiet ikke-religiøs åndelighet til større sammenheng i familieforholdet. Deltagerne i dette studiet fant hovedmeningen og formålet med livet gjennom familierelasjoner. De så på seg selv som en del av en større sammenheng. Familien fremstår som en livslenke, hvor felles verdier og perspektiver på livet blir ivare tatt og videre formidlet. Dette hadde nesten en åndelig betydning. Hva som var meningen med livet og hvilken rolle jeg har i denne sammenheng, ble viktige spørsmål for disse pasientene.

Ut i fra egne erfaringer og tanker har jeg kommet til at mange stiller seg spørsmål om sin eksistens, uavhengig av religiøs og ikke-religiøse oppfatning. Når livet går mot slutten, kan mange bli i tvil. Det å få fram sine tanker, blir viktig i slutfasen, slik at pasienten ikke strever med disse tankene alene. Etter min mening kan åndelige behov underbygges av kontakt med naturen, eller det å ha det bra med seg selv. Dette kan gi styrke og mening i livets slutfase, uten nødvendigvis å ha noen religiøs betydning. Det bekreftes også av Sæteren (2010) at et menneske kan få styrke fra forskjellige kilder, noen gjennom kunst, andre gjennom musikk og noen gjennom natur. Sæteren sier at det viktig at sykepleieren tar utgangspunkt i pasientens kilder til styrke, for at pasienten skal kunne utnytte sine egne ressurser best mulig i møte med situasjonen pasienten nå er i. Ved å ta utgangspunkt i pasientens kilder til styrke, kan sykepleieren finne alternative behandlingsmåter for å lindre pasientens eksistensielle og åndelige behov (Sæteren, 2010, s. 307).

#### 4.3.1 Pasientens behov for å finne mening og hensikt med livet

Sæteren (2010) hevder at når pasienten får informasjon om at livet går mot slutten, berører det pasientens åndelige dimensjon og eksistens. I møtet med døden stiller mange pasienter seg eksistensielle spørsmål som for eksempel: Hvem er jeg? Hva er meningen med mitt liv? Hva har jeg gjort av verdi i livet mitt? Sæteren sier at disse spørsmålene kan virke fjerne når man er frisk, men at de kan slå inn med full tyngde når man blir eksistensielt utfordret (2010, s. 308). Hirsch og Røen (2016) sier at om sykepleieren er bekreftende i denne fasen og viser pasienten at det livet de har levd har en verdi, kan dette lette personens bekymringer. En av sykepleierens viktigste funksjon blir da å være en støttespiller for pasienten, samt å avdekke eventuelle behov for profesjonell hjelp. Det er viktig å gi pasienten rom og tid til å snakke ut som sine bekymringer og tanker rundt hverdagen og fremtiden (s. 318-319).

I studien til Asgeirsdottir et al.(2013) beskriver en av deltakerne hvordan situasjonen hans påvirket familien hans. Pasienten mente at sykdommen hadde større innflytelse på familien enn på han selv. Pasienten beskriver det slik: Selvfølgelig ville de like det hvis jeg levde så lenge som mulig og ble bra, slik at jeg ville være i stand til å fortsette familielivet på samme måte som før. Hirsch og Røen (2016) bekrefter at ved alvorlig sykdom kan forholdet til de nærmeste endre seg, og det er naturlig at en pasient under palliativ behandling kan føle sorg eller nedstemthet. Dette er i mange tilfeller resultatet av at de ikke klarer å delta i det sosiale livet eller at de ikke strekker til (s. 318). Dette understrekes også av studien til Strang et al.(2013), hvor sykepleierne uttalte at pasienter ofte diskuterte relasjoner, ensomhet og bekymring for familien sin. Sørbye og Undheim (2012) hevder at ofte kan det være enkle, eksistensielle eller åndelige bekymringer som synes vanskelige for pasienten. For å kunne hjelpe pasienten, er det viktig at vedkommende får mulighet til å meddele sine tanker. Sørbye og Undheim (2012) gir et eksempel der en alvorlig syk mann ble veldig urolig utover dagen. Sykepleieren så at han strevde med noen tanker, og forsto at han hadde ikke så lenge igjen. Sykepleieren engasjerte seg og spurte forsiktig om det var noe spesielt vedkommende engstet seg for. Du skjønner, sa han, Jeg hørte på radioen at det er meldt snø. Jeg får besøk av kona mi i morgen. Hun skal kjøre ti mil og det er bare sommerdekk på bilen. Sykepleieren forsto situasjonen og kontaktet kona, som fikk hjelp med dekkskift. Slik ble en stor bekymring løst på enkel måte (Sørbye og Undheim, 2012, s. 177).

Gjennom erfaring og flere opplevelser, har jeg sett at bekymringer som pasienter har, kan som regel løses på en enkel måte. Det er derfor viktig at sykepleier tar initiativ for å lindre pasientens tanker og bekymringer. I studien til Molnes(2015) beskriver en av sykepleierne at

man som regel spør for lite enn for mye. Og at det hjelper at pasientene får sette ord på bekymring og tanker om det som ligger foran, at det er nødvendig å synliggjøre pasientens utfordringer både eksistensiell og praktisk karakter.

Jeg tenker at en bekymring hos en pasient kan for eksempel være knyttet til økonomi, noe som kan løses av en fagperson på dette området. Det kan også være at en pasient har ansvar for barn, og tanken på døden kan derfor være en vanskelig tanke. Det er derfor viktig at jeg som sykepleier kan vise forståelse for pasienten. Tanken på at det å ta farvel med livet som har vært og det livet som kunne ha blitt, for eksempel å ikke kunne se barn eller barnebarn vokse opp, er en vanskelig situasjon.

I studien til Browall et al.(2014) kommer også pasientens bekymring frem, om det å bli alene eller bli forlatt i løpet av den siste fasen av livet. Pasienten opplevde at slektninger og venner kunne være motvillige til å komme på besøk, fordi de selv var redde for uhelbredelig sykdom og død, eller følte usikkerhet i situasjonen. Etter mitt syn er det viktig at sykepleieren er bekreftende i denne fasen og minner pasienten om hvordan livet til vedkommende har vært. Dette kan for eksempel skjer i samtale om familie, venner og jobb, slik at pasienten forstår at man vil leve videre gjennom minner. Dette bekreftes også av Hirsch og Røen (2016) at vi som sykepleiere kan hjelpe pasienten til å minnes rundt hvem han eller hun har vært, ved å lytte til pasientens fortellinger om livet. Har pasienten oppnådd noe stort? Har pasienten en viktig funksjon i familien? Slike samtaler kan hjelpe dersom pasienten viser tegn til identitetskrise, og kan også hjelpe pasienten med å forsones seg med situasjonen slik den er nå (s. 320). Martinsen (2003) nevner at når livet byr på utfordringer, trenger alle omsorg og noen å rådføre seg med. Å være et medmenneske, å vise nestekjærlighet er en av sykepleierens viktigste oppgave.

#### **4.3.2 Pasientens behov for transendens eller tro på en høyre makt**

Hirsch og Røen (2016) hevder at i likhet med at den andre relasjonen, den eksistensielle, kan bli satt på prøve, så kan også pasienten begynne å tvile på sin tro på en Gud. For eksempel ved å spørre seg selv, hvorfor dette skjer akkurat meg. Pasienten kan også føle seg sviktet (s. 321). Dette kommer også frem i studien til Strang et al.(2013), der det hevdes at mange pasienter strever med eksistensielle og åndelige spørsmål, som for eksempel `Hva har jeg gjort galt?` eller `Jeg må ha vært en forferdelig person for å få denne lidelsen`. I studien til Asgeirsdottir et al.(2013) beskriver en av deltakerne at han gikk gjennom en fase, slik mange gjør, ved å være sint, såret og bitter og måtte håndtere frykten for å dø. Hirsch og Røen (2016)

sier at det derfor er viktig å få snakke ut om følelser og ved å praktisere sin tro for eksempel ved å være tilstede på en gudstjeneste eller i samtale med en prest og at det tilrettelegges for dette. Hirsch og Røen mener at de fleste får større mestringsfølelse gjennom sitt livssyn og sin tro (2016, s. 322). Særterén (2010) understreker også dette og sier at Gud er kjærlighet og at troen kan åpne døra til ubetinget kjærlighet, noe som har stor betydning for de som har en gudstro. Sykepleierens oppgave vil da være å ta tak i pasientens tro og snu det til en ressurs, samt en støtte til lidelse, noe som er viktig del av omsorgen (s. 310). Dette kommer også frem i studien til Asgeirsdóttir et al.(2013), der en av deltakerne beskriver at han har bedt om styrke til å møte disse vanskelighetene. Han har også bedt for familien sin, for noe godt for dem og at familien skal bli tatt vare på når han er borte. Han er sikker på at dette vil bli gjort. Jeg tenker at hvis religionsutøvelse har vært en viktig del av pasientens liv, så vil dette også være viktig i livets slutfase. Rønsen og Jakobsen (2016) forteller om en prest som er veldig dårlig, men ber pleierne om å be aftenbønn med ham. En av pleierne mener at det å hjelpe han med aftenbønn er en god omsorg, noe som beroliger pasienten og gjør at han får sove bedre. Andre på avdelingen mener at dette ikke er deres oppgave, og at det er sykehjemspresten som må forholde seg til dette. Pasienten spør alltid etter den ene pleieren, Peter, for å få dekket sitt behov for bønn. Peter mener at det tar bare noen minutter, og at hvis han blir tilfredsstilt med dette, så hvorfor kan han ikke hjelpe med det. Altså er Peter uenig med sine kolleger. Rønsen og Jakobsen mener at bønn er viktig for prestens identitet, og for at pasient skal finne mening med livet, er det viktig å legge til rette for dette, slik at omsorgen blir personorientert (Rønsen og Jakobsen, 2016, s. 83).

#### **4.3.3 Å avklare pasientens tro**

Hirsch og Røen (2016) hevder at det er viktig at pasientens tro blir avklart på forhånd. Pasientene kan ha forskjellige verdier og tro som har gitt dem mot til å leve, eller trygghet når de føler uro. For noen kan naturen gi en følelse av storhet, mens for andre kan Gud være en styrke (s. 321- 322). Jeg synes det er veldig viktig å avklare pasientens tro på forhånd, så det ikke skjer overtramp som i et eksempel fra en sykehjemspraksis. En av de ansatte valgte å be til Gud for en pasient uten på forhånd å ha vurdert om pasienten ønsket dette eller ha sjekket at pasienten hadde samme tro som pleieren. Dette gjorde pasienten veldig opprørt. Sørbye og Undheim (2012) hevder at en sykepleier bør være klar over at dersom en pasient ikke har en gudstro, er det uetisk å bringe denne dimensjonen inn når døden nærmer seg (s.174). I følge Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (2015), skal en hver pasient få

tilpasset sitt behov for støtte i henhold til egne behov og ønsker. En sykepleier skal ikke tvinge seg på for å kunne utøve åndelig omsorg eller samtale rundt dette (s. 34). Martinsen (2003) understreker at sykepleieren må bruke faglig skjønn for å unngå maktmisbruk. Gjennom sin faglige forståelse skal sykepleieren forstå, se og handle godt for den svake. Martinsen mener at siden omsorgen skal skje på pasientens premisser, og at det ikke skjer overtramp og maktmisbruk, er det viktig at sykepleieren viser engasjement og solidaritet (2003, s. 17). Med grunnlag i yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren ivareta den enkelte pasients verdighet, slik at de blir respektert, bevarer sin rett til medbestemmelse og ikke blir utsatt for krenkelser (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Sørbye og Undheim (2012) sier at vissheten om at vi alle skal dø, er et viktig anliggende. Åndelig omsorg ved livets slutfase må derfor tilpasses den enkeltes tro på hva døden innebærer. Når pasienten er søkende og ikke vet, må sykepleier ha en utforskende dialog med pasienten for å forsikre seg om at det ikke skjer overtramp som i eksempelet ovenfor (s. 174). Jeg mener at alle pasienter som nærmer seg livets slutfase, trenger visshet om at sykepleier vil vise både psykisk og fysisk omsorg, som ved å holde pasienten i hånda og trøste når pasienten trenger det. Dette vil hjelpe pasienten i den eksistensielle fasen som døden er. Dette bekreftes også av Martinsen (2003), at alle trenger at noen bryr seg, og at noen hjelper når man selv kommer til kort. En hjelpende hånd, eller støttende ord og kroppsspråk, gjør at man føler seg ivaretatt. Omsorgen skal alltid være rettet mot pasienten, og sykepleieren må ha et engasjement til å hjelpe, uansett hvor vanskelig situasjonen er.

#### **4.4 Behov for samtale om skyld og straff**

I studien til Browall et al.(2014) kommer det frem at mange av sykepleierne uttrykker at pasienter ofte har eksistensielle spørsmål om skyld og straff. De spurte seg selv hva de har gjort tidligere i livet, og mente at det som skjer nå, kan være en straff. I følge Hognestads (2012) arbeid med døende mennesker, blir ofte tilgivelse et sentralt tema. Noen pasienter lever med skyldfølelse og andre kan ha vanskeligheter med å kunne tilgi (s. 53).

Strøm (2015) hevder at skyld kan være knyttet til spesielle hendelser eller personer de ikke har gjort opp med, eller skylden kan også være knyttet til Gud, hvor pasienten kan føle at Gud har forlatt dem. Strøm sier at dette kan føre til svikt i tilliten til Gud, men også til medmennesker. Tilliten til medmennesker er ofte knyttet til tilliten til Gud (s. 909).

I følge Strøm (2015) kan sykepleieren hjelpe pasienten til å få tilgivelse fra Gud eller medmennesker, slik at pasienten får en fredfull død ved slutten (s. 909). Dette kan eksemplifiseres fra en sykehjemspraksis, der en mann som var nær døden strevde mye. Smertelindring ga han ingen effekt, og sykepleieren spurte mannen om det var noe spesielt som kunne gjøres. Mannen ropte flere ganger et navn, hvor vi tilslutt fikk vite at det var broren hans. Vi fikk ringt broren, som han ikke hadde hatt kontakt med i flere år. Etter han fikk et møte med broren, døde han like etter.

Dette bekreftes også av Sæteren (2010) at for mange kan det å bli tilgitt og å tilgi personer eller situasjoner de har hatt i sitt liv, bli viktig. Kanskje kan sykepleier bistå med å få til et slikt møte, og ofte er det nok at pasienten får en samtale med et lyttende medmenneske eller hjelp til å legge til rette for et møte med en person som pasienten har noe uoppgjort med (s. 314). Browall et al.(2014) sier at flere av sykepleierne ga uttrykk for at det er vanskelig å forholde seg til situasjonen når en pasienten ønsket å dø fra sin lidelse og når dette ikke skjedde, trodde de at det var Guds måte å straffe dem på. Jeg mener derfor at det er viktig at sykepleier støtter pasienten i at det er normalt å tenke å føle sånn.

#### **4.4.1 Å bearbeide krenkelser**

Browall et al.(2014) understreker videre at sykepleierne følte at i slike situasjoner ønsket pasientene anerkjennelse, empati og komfort. Pasientene ønsket å høre at de hadde ikke gjort noe galt. I følge Hognestad (2012) krever dette kompetanse hos sykepleieren, slik at de ikke motarbeider tilgivelsesprosessen til pasienten. Hognestad (2012) mener at i flere religioner er tilgivelse et sentralt tema, og dette har ofte blitt tolket som et krav. Det nærmest forventes at vi skal tilgi. Dette kan føre til skyldfølelse hos pasienter som ikke makter å tilgi krenkelser de har vært utsatt for. Hognestad (2012) sier at ved å hjelpe pasienten i bearbeidingen av krenkelser, kan pasientens selvkritikk lettes. Vi som sykepleiere må vise medfølelse, og vi må uttrykke at det som har hendt er vondt. Vonde minner eller vanskelige situasjoner må bearbeides før tilgivelse er mulig. Hognestad hevder at det at sykepleieren lytter til pasienten, kan føre til at selvrespekten blir gjenopprettet og tilgivelse blir mulig. En erkjennelse fra krenkeren kan i enkelte tilfeller også være nødvendig. Sykepleieren bør støtte pasienten i at det å tilgi krever mot og arbeid. Dermed viser vi forståelse for at krenkelsen har vært en stor belastning (Hognestad, 2012, s. 53-54).

Etter min mening er noen krenkelser utilgivelige og kan være vanskelige å bearbeide, som for eksempel at en far har begått et overgrep mot sitt barn. En situasjon fra egen praksis handler

om en pasient som har hatt en tøff livshistorie. Pasienten er nå på slutten av livet og sliter med hva han ble utsatt for i barndommen, da faren gjennomførte flere overgrep på vedkommende. Opplevelsen har vært tung å bære for pasienten, som også opplevde å bli mistrodd av sin egen mor om hva faren hadde gjort med han. For å bearbeide minner og tunge følelser, hjalp sykepleieren han med å skrive ned alle de tankene han hadde gått og båret på hele livet. Selv om faren nå var død, fikk vedkommende allikevel ut det han hadde på hjertet og fikk skrevet ned sine tanker. Etterpå følte pasienten stor lettelse og gråt lenge. Han kunne endelig kjenne at han fikk ro og døde etter noen dager.

## 5. Konklusjon

Målet med denne oppgaven har vært å finne ut hvordan en sykepleier kan ivareta pasientens åndelige og eksistensielle behov i palliativ fase. Oppgaven har forsøkt å vise at åndelig/eksistensiell omsorg er viktig for mange pasienter i livets slutfase. For å imøtekomme pasientens åndelige og eksistensielle behov, er det en forutsetning å skape en god relasjon, gjennom gode kommunikasjonsferdigheter og sykepleiers engasjement overfor pasienten. Sykepleiers evne til å lytte og være nærværende, er nødvendig for å skape tillit hos pasienten. Å kunne være tilsede og kunne stå i en slik eksistensiell og åndelig situasjon, krever mot fra sykepleier, og sykepleier må derfor avklare sin egen tro først. Som følge av dette kan sykepleier hjelpe pasienten til å meddele sine tanker om livssyn og tro, slik at pasienten kan finne en mening med livet, selv ved livets slutfase. Det å være tilstede og være lyttende er viktig, og sykepleier må ikke nødvendigvis ha en løsning på alle eksistensielle og åndelige behov hos pasienten.

For mange pasienter er tilgivelse eller det å ta et oppgjør med fortiden også viktig.

Sykepleierens oppgave for å lindre pasientens lidelse, vil da være å hjelpe pasienten i denne situasjonen. Samtidig er det viktig å respektere at det å tilgi kan være vanskelig for mange, og sykepleieren bør derfor hjelpe pasienten til å bearbeide disse følelsene.



## Litteraturliste

- 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(5), 1445-1451. doi:10.1007/s00520-012-1690-6
- Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thoresen, L. (2011). Svulster. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Browall, M., Henoch, I., Melin-Johansson, C., Strang, S., & Danielson, E. (2014). Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care. *European Journal Of Oncology Nursing*, 18(6), 636-644. doi:10.1016/j.ejon.2014.06.001
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- European Association for palliative care. (2016). *EAPC Definition of palliative care*. Hentet fra: <http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/DefinitionandAims.aspx>
- European Association for palliative care. (2017). *EAPC taskforce on Spiritual Care in Palliative Care*. Hentet fra <http://www.eapcnet.eu/Themes/ClinicalCare/SpiritualCareinPalliativeCare.aspx>
- Fjørtoft, A.K. (2016). *Hjemmesykepleie- ansvar, utfordring, og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>

Hirsch, A., & Røen, I. (2016). Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. I S. Kassa & J.H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Hognestad, A. (2012). Møte med religiøse erfaringer og nye gudsbilder i arbeidet med mennesker. I T. Danbolt og G. Nordhelle (Red.), *Åndelighet- Mening Og Tro. Utfordringer i profesjonell praksis* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

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(21/22), 3197-3205. doi:10.1111/jocn.12566

Kreftregisteret. (2015). *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 og R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

Meld.St. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Molnes, S.I. (2015). Sammen går vi døden i møte. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(2), 141-152. <http://dx.doi.org/10.7557/14.3718>

Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Nordhelle, G. (2012). Den skjulte mening- åndelig forståelse av erfaringer. I T. Danbolt og G. Nordhelle (Red.), *Åndelighet- Mening Og Tro. Utfordringer i profesjonell praksis* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Reitan, A.M. (2010). Kreftsykepleie. I A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling* (3.utg.). Oslo: Akribe.

Reitan, A.M. (2010). Kommunikasjon. I A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling* (3.utg.). Oslo: Akribe.

Rønsen, A., & Jakobsen, R. (2016). *Å fullføre et liv. Omsorg for døende og de som står nær* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Strang, S., Hensch, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2013). Communication about existential issues with patients close to death-nurses' reflections On content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23(5), 562-568. doi:10.1002/pon.3456

Sæteren, A.B. (2010). Åndelig og eksistensiell omsorg. I A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling* (3.utg.). Oslo: Akribe.

Sørbye, L.W., & Undheim, L.T. (2012). Å ta menneskets åndelige dimensjon på alvor. I T. Danbolt og G. Nordhelle (Red.), *Åndelighet- Mening Og Tro. Utfordringer i profesjonell praksis* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

## Vedlegg

Forfattere og årstall	Tittel	Hensikt	Metode	Deltakere	Hovedfunn	Konklusjon
Strang, S., Henoeh, I., Daniels, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2013).	Communication about existential issues with patients close to death-nurses' reflections on content, process and meaning.	Hensikten med denne studien var å få frem sykepleierenes refleksjoner om eksistensielle spørsmål i kommunikasjon med pasienter nær døden.	Kvalitativ metode ble brukt. Dataene ble samlet inn som en del av en randomisert kontrollert studie med en intervusjon som fokuserer på eksistensielle områder og sykepleierens holdninger til omsorg for døende pasienter.	98 sykepleiere fra sykehus, hospice og hjemmetjenesten som deltok.	Tre viktige temaer kom i resultat og det var livet, døden og relasjoner. Bruk av kommunikasjonstekniker for å åpne opp samtaler, være tilstede og bekreftende og betydningen av eksistensielle samtaler for sykepleiere.	Studien viser at ved å ha erfaring omkring kommunikasjon om eksistensielle behov og ved å ha et støttende miljø rundt seg, vil sykepleierne være mer komfortable med å ta disse samtaler med pasienter ved livets slutfase. Det å ha mot til å være tilstede, være bekreftende og ikke måtte ha en løsning på alt var viktige faktorer i samtale med disse pasientene.

Forfatter og årstall	Tittel	Hensikt	Metode	Deltakere	Hovedfunn	Konklusjon
Keall, R., Clayton, J. M., & Butow, P. (2014).	How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies.	Hensikten med studien var å undersøke barrierer og strategier som australske palliative sykepleiere oppgir som eksistensiell og åndelig omsorg for pasienter med livsbegrensende sykdom.	Kvalitative metode ble brukt i studien for å samle inn data. Forskerne har samlet data ved hjelp ved av semi-strukturerte intervjuer.	20 kvalifiserte sykepleiere deltok i denne studien. 12 av de 20 sykepleierne hadde en åndelig eller religiøs tro, 11 av dem var kristne og en var buddhist. To av deltakerne hadde ikke noen spesiell religiøs tro, men følte likevel at	Studien viste to hovedtemaer som ble igjen fordelt i flere underkategorier. Temaer inkluderte viktigheten av sykepleier-pasientforholdet og gode kommunikasjonselever. Barrierer i denne studie ble identifisert som; mangel på tid, kompetanse og erfaring førte frykt og usikkerhet hos sykepleiere.	Palliative sykepleiere er villig til å gi helhetlig omsorg gjennom kommunikasjon og å skape relasjon med pasienten, men er ikke alltid dyktige eller har nok kunnskap om hvordan dette skal legges til rette. Samtidig har de ofte dårlig tid. Dermed er viktig at sykepleiere må få mer undervisning og opplæring innen

<b>Forfatter og årstall</b>	<b>Tittel</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode</b>	<b>Deltakere</b>	<b>Hovedfunn</b>	<b>Konklusjon</b>
Molnes. S. I.(2015)	Sammen går vi døden i møte.	Hensikten med denne studien var å rette søkelyset på hjemmesykepleierens møte med kreftpasienters åndelige behov, med pasienter som ønsker å dø hjemme, og hvordan sykepleiere beskriver sin praksis knyttet til dette.	Kvalitativ undersøkelse ble brukt.	Ti sykepleiere fra tre forskjellige omsorgsdistrikter i Midt-Norge beskriver sine erfaringer fra praksisfeltet.	To hovedtemaer kom frem, det å arbeide i andres hjem, når pasienter ønsket å dø hjemme og den vanskelige samtale rundt det åndelige og eksistensielle.	Sykepleieren finner det vanskelig å ha samtale rundt det psykiske, åndelige og eksistensielle behov fordi de ikke våger å stå i vanskelige tingene. Sykepleierne blir involvert med sine egne følelser og det er avgjørende om sykepleieren har nok kompetanse, erfaring og trygghet.

Forfatter og årstall	Tittel	Hensikt	Metode	Deltakere	Hovedfunn	Konklusjon
Asgeirsdóttir, G. H., Sigurbjörnsdóttir, E., Traustadóttir, R., Sigurdardóttir, V., Gunnarsdóttir, S., & Kelly, E. (2013).	"To Cherish Each Day as it Comes": a qualitative study of spirituality among persons receiving palliative care	Målet med denne studien var å utforske åndelighet fra pasientens perspektiv, pasienter som mottar palliativ behandling, samt undersøke hva slags innflytelse åndelighet hadde på pasientens liv og trivsel	Kvalitative intervjuer ble brukt i denne studie.	10 pasienter deltok i denne studie som var under palliativ behandling og var 18 år eller eldre.	Funnene viste at pasientene opplevde åndelighet som en viktig dimensjon og var et viktig element for å søke mening. Religiøse og ikke religiøse aspekter ble sett i familieforhold, betydning av Gud og åndelig praksis, dette ga pasientene styrke og håp.	Spiritualitet var en viktig dimensjon for deltakerne i terminalfase. Troen indikerte viktigheten av å ivareta pasientens religiøse og ikke religiøse åndelig dimensjon ved palliativ omsorg.

<b>Forfatter og årstall</b>	<b>Tittel</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode</b>	<b>Deltakere</b>	<b>hovedfunn</b>	<b>Konklusjon</b>
Browall, M., Henoch, L., Melin-Johansson, C., Strang, S., & Danielson, E. (2014).	Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care	Målet med denne studien var å beskrive sykepleierens erfaringer med eksistensielle situasjoner for pasienter som lider av uhelbredelig kreftsykdom.	Kvalitativ metode ble brukt med analyse av dokumenter nedtegnet av et utvalg sykepleiere.	83 sykepleiere fra tre sykepleiere hospisce, en onkologisk avdeling, en kirurgisk avdeling og et palliativt team i hjemmesykepleien ble invitert til å skrive ned møter med pasienter der eksistensielle dimensjoner var sentrale.	To hovedtemaer kom frem som ble igjen inndelt i underkategorier: Møte med eksistensielle smerte i forhold til døden og tapsopplevelser og møter med opplevelser av håp i forhold til balanse mellom ærlighet og ønske om å leve videre.	Studien viser at det er viktig å være oppmerksom på pasientens bekymringer og pasientenes opplevelse av eksistensiell ensomhet. Det var vanskelig for sykepleiere å stå i situasjon når pasienter ønsket å dø. Studien viser at det er viktig å lytte til pasientens historier og fortellinger slik at pasienten kan få hjelp til å reflektere sitt liv.