



BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan sykepleier fremme verdighet og håp for geriatriske pasienter i palliativ fase?

How can nurses promote dignity and hope for geriatric patients in the palliative phase?

Kristine Nygård

Bachelor i sykepleie

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

Institutt for Helse- og omsorgsvitenskap

Veileder: Irene Sjursen

Dato: 15.06.2020

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter i palliativ fase har rett på å bli behandlet med verdighet og kunne opprettholde et håp i møte med døden. Målet med studien er å konkretisere hvordan sykepleier kan fremme verdighet og håp for geriatriske pasienter i palliativ fase.

Problemstilling: «Hvordan kan sykepleier fremme verdighet og håp for geriatriske pasienter i palliativ fase?»

Metode: Denne oppgaven er en litteraturstudie basert på eksisterende forskning på verdighet og håp innen palliativ omsorg. Forskningsartiklene som har blitt brukt har blitt funnet gjennom søk i fagdatabasene Medline og Cinahl. Artiklene er i hovedsak kvalitative, men oversiktsartikler over kvalitativ og kvantitativ forskning har blitt benyttet for å se problemstillingen i et større perspektiv.

Funn: Erfaringer fra pasienter, helsepersonell og pårørende viser til flere ulike faktorer som kan bidra til å fremme pasientens verdighet og håp. Å kunne beholde egne roller og egen stolthet, ta selvstendige valg og bruke egne ressurser ble fremhevet som viktige forutsetninger for verdighet. Samtidig ble en god relasjon til sykepleier og pårørende, et åndelig fundament, bruk av humor, utarbeiding av mål og oppfrisking av minner sett på som viktig for å fremme håp hos pasienten.

Konklusjon: Sykepleier kan fremme verdighet og håp på flere måter, og små ting kan ha stor betydning for pasienten. Det er likevel behov for mer forskning og økt kompetanse innen psykisk og eksistensiell omsorg, for at sykepleier skal kunne bidra til å optimalisere pasientens livskvalitet og fremme en meningsfylt og verdig livsavslutning for pasienten.

Nøkkelord: palliativ behandling, verdighet, håp

Summary

Background: Patients in the palliative phase have the right to be treated with dignity and be able to maintain hope in the face of death. The aim of the study is to specify how nurses can promote dignity and hope for geriatric patients in the palliative phase.

Issue: "How can nurses promote dignity and hope for geriatric patients in the palliative phase?"

Method: This bachelor assignment is a literature study based on existing research on dignity and hope in palliative care. The research articles have been found through searches in the databases Medline and Cinahl. The articles are mainly qualitative, but overview articles on qualitative and quantitative research have been used.

Results: Experiences from patients, health care professionals and significant others shows several different factors that can help promote the patient's dignity and hope. Being able to retain their own roles and pride, make independent choices and use their resources were highlighted as important prerequisites for dignity. A good relationship with health care professionals and significant others, a spiritual foundation, the use of humor, making attainable goals, and the refreshment of memories were seen as important in promoting hope in the patient.

Conclusion: Nurses can promote dignity and hope in several ways, and small things can be of great importance to the patient. However, there is a need for more research and increased expertise in mental and existential care in order for the nurse to be able to help optimize the patient's quality of life and promote a meaningful and worthy end of life for the patient.

Keywords: palliative care, dignity, hope

Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Definisjon av begreper	2
1.4	Oppgavens oppbygning	2
2	Metode	3
2.1	Søkeprosess.....	3
2.2	Litteraturvalg	3
2.3	Kildekritikk.....	4
3	Teori.....	5
3.1	Den geriatriske pasienten.....	5
3.2	Møtet med døden	6
3.3	Palliativ fase.....	6
3.4	Den døendes rettigheter	7
3.5	Holisme.....	7
3.6	Verdighet	8
3.7	Håp	8
4	Resultater og funn	9
4.1	Pasientønsker for palliativ behandling	9
4.1	Verdighetsbevarende perspektiver	9
4.2	Mestringsstrategier for håp.....	10
5	Drøfting.....	11
5.1	Hvordan kan sykepleier fremme verdighet innen palliativ omsorg?	11
5.1.1	Identitetsbevaring	11
5.1.2	Roller	12
5.1.3	Stolthet	12
5.1.4	Autonomi.....	12
5.1.5	Generativitet	13
5.1.6	Aksept.....	13
5.1.7	Resiliens.....	14
5.1.8	Håp	14
5.2	Hvordan kan sykepleier fremme håp innen palliativ omsorg?	14
5.2.1	Mellommenneskelige relasjoner	15
5.2.2	Åndelig fundament	15

5.2.3	Utarbeiding av mål	16
5.2.4	Forhold til helsepersonell	16
5.2.5	Bruk av humor	17
5.2.6	Personlige egenskaper	17
5.2.7	Oppfriske minner.....	17
6	Konklusjon.....	18
7	Bibliografi	19

«Gje meg handa di, ven»

*Gje meg handa di, ven, når det kveldnar,
Det blir mørkt og me treng ei hand.
La dei ljose og vennlege tankar
Fylgje oss inn i draumars land.
Lat varmen frå ein som er glad i deg
Tenne stjerner i myrkaste natt.
Gje meg handa di, ven,
Når det kveldar,
Det blir mørkt og me treng ei hand.*

*Varme tankar og hender som trøystar
Er som sol over frosen jord.
Kjenne varmen frå ein som er nær deg
Gjev langt meire enn store ord!
Lat varmen frå ein som er glad i deg
Tenne stjerner i mørkaste natt!
Gje meg handa di, ven, når det kveldar,
Det blir mørkt og me treng ei hand.*

«Gje meg handa di, ven»

av Sondre Bratland

1 Innledning

Møtet med døden er for mange forbundet med noe ukjent og meningsløst som vi ikke selv kan kontrollere (Thoresen & Dahl, 2015). Både når døden kommer akutt, og i tilfeller der man har et lengre sykdomsforløp til å forberede seg på, vil selve dødsøyeblikket være spesielt. Den palliative fasen starter når pasientens sykdom anses som uhelbredelig og avsluttes når pasienten dør (Grov, 2015, s. 523). Hovedfokuset i denne fasen er smertelindring og optimalisering av livskvalitet, og ivaretagelse av pasientens psykiske og eksistensielle behov kan være en viktig del av dette. Forskning viser også at de fleste ønsker å forlate dette livet under omsorgsfulle, trygge rammer og i en komfortabel og avslappet atmosfære (Sandsdalen, Hov, Høye, Rystedt, & Wilde-Larsson, 2015). Mens noen pasienter er trygge på hva som vil komme, er andre preget av angst, fortvilelse og utrygghet. I møte med pasienter i palliativ fase kan derfor sykepleier spille en vesentlig rolle med tanke på ivaretagelsen av pasientens behov. Det som interesserer meg spesielt ved dette temaet er opprettholdelsen av pasientens verdighet og håp i den palliative fasen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Etter å ha jobbet litt innen geriatri, har jeg fått følge noen pasienter gjennom livets siste fase. Dette har for min del vært meningsfylt, men samtidig utfordrende på mange måter. Jeg har fått sett pasienter sovne stille inn i trygge og rolige omgivelser, men har også opplevd pasienter som har vært redde og hatt et stort behov for omsorg ved livets slutt. Gjennom praksis har jeg sett hvordan sykepleiere ivaretar pasientens fysiske behov på en fin og verdig måte gjennom varsomt stell, smertelindring, forebygging av trykksår og optimalisering av respirasjon. Samtidig har jeg inntrykk av at pasientens psykiske og eksistensielle behov i noen tilfeller kan bli nedprioritert. Dette kan skyldes at samtaler omkring forestående død kan være utfordrende, samtidig som det krever et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier. Det at pasienter i palliativ fase er i en sårbar situasjon, kan imidlertid også gi sykepleier en unik mulighet til å kunne bidra og gjøre en forskjell. Denne psykiske og eksistensielle siden av palliativ omsorg interesserer meg spesielt, og jeg anser verdighet og håp som to kjerneverdier i denne sammenheng. Jeg har også inntrykk av at palliativ omsorg ikke har så stort fokus i et samfunnsperspektiv, noe som er forståelig da det kan være naturlig å forbinde døden med tap, savn og sorg (Thoresen & Dahl, 2015). Jeg kunne likevel ønske at temaet fikk større oppmerksomhet, og at opprettholdelse av verdighet og håp i større grad ble likestilt med fysiske utfordringer i palliativ fase. Selv om temaet kan være krevende, har jeg erfart at møtet med døden kan gi et større perspektiv på livet og hva som virkelig betyr noe.

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier fremme verdighet og håp for geriatriske pasienter i palliativ fase?».

Sykepleiefaglig omsorg ved livets slutt har flere sider, men av hensyn til oppgavens omfang vil jeg avgrense problemstillingen litt. For å spesifisere pasientgruppen har jeg valgt å skrive om pasienter i palliativ fase som er innlagt i institusjon. Med tanke på den aktuelle problemstillingen ville det også ha vært naturlig å involvere pårørende, noe jeg vil gjøre i mindre grad av hensyn til oppgavens omfang og fordi jeg ønsker å ha pasienten i fokus. Hovedfokuset vil være pasientens psykiske og eksistensielle behov, som å bli behandlet med verdighet og kunne opprettholde en følelse av håp.

1.3 Definisjon av begreper

Verdighet: Det å være verdig, fortjent til noe, og derfor ha rett til og krav på å bli høyt aktet og respektert (Norsk Akademi for Språk og Litteratur, 2020).

Håp: Glad forventning om at noe man ønsker skal skje (Norsk Akademi for Språk og Litteratur, 2020).

Geriatrici: Lære om alderdommens sykdommer, deres forebygging og behandling (Norsk Akademi for Språk og Litteratur, 2020).

Palliasjon: smertelindrende og symptomlindrende behandling (Norsk Akademi for Språk og Litteratur, 2020).

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er videre delt i fire deler. Første del er et metodekapittel som omtaler hvordan litteraturstudie har blitt benyttet som metode, gjennom søkeprosess, litteraturvalg og kildekritikk. Videre følger en teorigdel med den teoretiske referanserammen for problemstillingen. Den tredje delen presenterer resultater og forskningsfunn, mens jeg i den siste og fjerde delen vil drøfte problemstillingen opp mot teori, forskning og egne erfaringer. Avslutningsvis vil jeg oppsummere hvordan de ulike funnene fra forskning og litteratur har besvart problemstillingen min.

2 Metode

En metode er, ifølge Vilhelm Aubert, et middel til å løse problemer og komme frem til kunnskap (Dalland, 2013, s. 111). Denne oppgaven er en litteraturstudie basert på skriftlige kilder, der litteraturvalget danner et utgangspunkt for hva problemstillingen skal drøftes i forhold til. Kildevurderingen regnes som det metodiske redskapet, og jeg vil forsøke å systematisere eksisterende litteratur og forskning for å belyse problemstillingen. Jeg har i hovedsak benyttet kvalitativ forskning, men har også valgt å bruke kvantitative resultater for å se forskningsfunnene i et større perspektiv. Mens de kvantitative metodene viser resultater gjennom tall og målbare enheter, fanger de kvalitative metodene opp erfaringer og opplevelser (Dalland, 2013, s. 112).

2.1 Søkeprosess

I arbeidet med å finne relevant litteratur har jeg gjort systematiske søk i ulike fagdatabaser, hovedsaklig Medline, Academic search Elite, og Cinahl. Personlig synes jeg Medline er mest oversiktlig, og har derfor funnet de fleste artiklene der. For å finne konkrete søkeord har jeg benyttet PICO-skjema, et verktøy som danner en oversikt over den aktuelle populasjonen, tiltak og interesseområder, eventuell sammenligning og endepunkter i litteratursøket (Helsebiblioteket, 2016). Jeg benyttet i hovedsak engelske søkeord, for å finne internasjonal forskning og et bredere forskningsgrunnlag. Søkeordene jeg brukte var *psycological care*, *existential care*, *palliative care*, *geriatric patients*, og *nursing*. Jeg spesifiserte også søkeordene ytterligere i forhold til problemstillingen min, og valgte søkeord som *hope* og *dignity*. Jeg ønsket også en artikkel som sa noe som norske forhold i denne sammenhengen, og søkte derfor på *Sykepleien.no*.

2.2 Litteraturvalg

Jeg har valgt å benytte flere kapitler fra pensum som litteraturgrunnlag. *Geriatrisk sykepleie* av Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff har en egen del som omtaler pleie og omsorg ved livets slutt. Samme tema omtales i boken *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* av Grov og Holter, der tre kapitler handler om menneskets psykososiale behov, åndelig omsorg og sykepleie til den døende pasienten. Jeg har også valgt å bruke et kapittel i *Klinisk sykepleie* av Stubberud, Grønseth og Almås kalt *Møte med lidende og døende*, som omtaler sykepleierens møte med seg selv. I tillegg vil jeg benytte FNs erklæring om den døendes rettigheter, *The Bill of Rights*, og yrkesetiske retningslinjer. Dette vil bli utdypet i teoridelen.

Angående forskning, fant jeg artikkelen *Patient`s preferences in palliative care* ved å søke på artikkelens navn, som jeg hadde funnet på Sykepleien.no, i fagdatabasen Medline. Studien ble valgt da den identifiserer gjennomgående ønsker for palliativ fase, som å kunne leve et meningsfullt liv, ha håp for fremtiden, ha en god relasjon til helsepersonell og å bli tatt vare på i trygge omgivelser (Sandsdalen, Hov, Høye, Rystedt , & Wilde-Larsson, 2015). En nyere kvalitativ studie fra Sverige ble funnet ved å søke på *palliativ care, dignity og nursing* i Medline. Artikkelen heter *How to conserve dignity in palliative care*, og ble valgt da den belyser psykologiske utfordringer, håp, autonomi, aksept, og eksistensiell omsorg sett fra både pasientens, pårørendes og helsepersonells perspektiv (Östlund, Blomberg, Söderman, & Harstäde, 2019). Når det gjelder håp, vil jeg benytte artikkelen *Fostering hope in terminally ill patients*, som ble funnet ved å søke på *palliative care, hope og terminally ill patients* i databasen Medline. Denne studien ble valgt fordi den undersøker betydningen av håp, identifiserer ulike strategier døende pasienter benytter for å opprettholde og fremme håp i livets siste fase, og utforsker endringer i håp som kan oppstå i livets siste fase (Buckley & Herth, 2004). Disse artiklene vil bli utdypet under Resultater og funn.

Videre vil jeg benytte en forskningsartikkel som formidler ulike omsorgshandlinger som bidrar til opprettholdelse av verdighet i palliativ omsorg. Artikkelen heter *Dignity-conserving care in palliative care settings* (Johnston, et al., 2015), og ble funnet ved å søke på *dignity, nursing og palliative care* i Medline. Oversiktsartikkelen *The importance of hope to the dying patient* ble funnet ved å søke på *hope, palliative care og importance* i Medline, og ble valgt da den viser hvor viktig håpet kan være i livets slutfase sett i sammenheng med alle dimensjonene av mennesket (Broadhurst & Harrington, 2015). Jeg ønsket også å belyse sykepleiers perspektiver på håp, noe som omtales i artikkelen *Should palliative care patients` hope be truthful, helpful or valuable?`. Studien er en kvalitativ litteraturstudie, og ble funnet ved å søke på *palliative care, hope og nursing perspective* i databasen Cinahl. Artikkelen handler om at sykepleiere kan ha et realistisk, funksjonelt, eller narrativt perspektiv på håp (Olsman, Leget, Onwuteaka-Philipsen, & Willems, 2014).*

2.3 Kildekritikk

Jeg vurderer pensumlitteraturen til å ha god validitet og reliabilitet, da de ulike forfatterne underbygger hverandres utsagn i flere bøker innen samme tematikk. Samtidig er litteraturen med få unntak utgitt etter 2010, slik at teorien er mest mulig oppdatert. Ellers har jeg begrenset bruken av sekundærlitteratur, da dette kan medføre at forfatterens egentlige meninger ikke kommer riktig frem (Dalland, 2013). Jeg har derfor gjort noen manuelle søk for å finne den aktuelle primærkilden.

Forskningsartiklene jeg har benyttet er i hovedsak kvalitative studier, da et kvalitativt studiedesign belyser pasientenes individuelle erfaringer og oppfatninger. Tre av artiklene er oversiktsartikler over eksisterende forskning, og ble valgt for å få et større perspektiv på hvilke opplevelser som er felles for pasientgruppen. Utsagn fra henholdsvis pasienter, sykepleiere og pårørende kan dessuten belyse resultatene fra ulike synsvinkler. For å få en bredere oversikt over emnet har jeg valgt internasjonale artikler. Jeg kunne imidlertid ha funnet artikler som i større grad omhandler norske forhold, da tilnærmingen til psykisk og eksistensiell omsorg i palliativ pleie kan variere fra land til land. Den svenske studien fra 2019 kan gjerne gjenspeile norske forhold i større grad enn de andre studiene, grunnet kort geografisk avstand og lignende tilnærming til palliativ omsorg. Samtidig er håp og verdighet essensielle verdier for pasienter i palliativ fase, uavhengig av nasjonalitet. Jeg har i hovedsak søkt etter forskning fra 2010 eller senere, for å sikre resultatenes validitet. Jeg har i tillegg valgt å ta med noe teori av eldre dato, da jeg anser resultatene som like aktuelle i dag. Dette gjelder blant annet *Fostering hope in terminally ill patients* fra 2004 og *The Bill of Rights* fra 1999. Selv om litteraturmengden innen palliativ omsorg er stor, opplever jeg at mye av forskningen tar utgangspunkt i pasientens fysiske behov i større grad enn de psykiske og eksistensielle behovene. Jeg synes likevel at jeg samlet sett har funnet artikler som belyser også denne dimensjonen.

3 Teori

I følgende del vil jeg presentere det teoretiske grunnlaget for problemstillingen min. Jeg vil utdype litt om den geriatrike pasientens møte med døden, hva som ligger i begrepet *palliativ fase* og hvilke rettigheter pasienter i denne fasen har, samt teori om henholdsvis verdighet og håp.

3.1 Den geriatrike pasienten

Den typiske geriatrike pasienten karakteriseres av en alder over 65 år, gjerne kombinert med aldersforandringer, kroniske sykdommer og funksjonssvikt (Ranhoff, 2015, s. 80). Når det gjelder epidemiologien for pasientgruppen, kan eldre pasienter i institusjon ha et sammensatt sykdomsbilde bestående av sykdommer som demens, hjerte- og lungesykdommer, kreft, og psykiske utfordringer som depresjon og angst. Samtidig kan aldersforandringer medføre kognitiv reduksjon, redusert reservekapasitet og økt sårbarhet for stress i forbindelse med sykdom og skader (Ranhoff, 2015, ss. 80-88). Den geriatrike pasienten er rik på visdom, minner, livsinnsikt og erfaringer. Samtidig kan pasientgruppen være utsatt for krenkelse av sin verdighet, både grunnet avhengighet til helsepersonell, måten alderdom og sykdom preger dem på, og da de kanskje ikke har kraft til å forsvare seg mot maktmisbruk (Thoresen & Dahl, 2015, s. 941).

3.2 Møtet med døden

Ca. 80% av alle dødsfall i Norge skjer i institusjon, og skyldes sykdom i forbindelse med alderdom (Gro, 2015, s. 522). Pasientens møte med døden kan være svært individuelt. Mens noen erkjenner at døden er en naturlig del av livet kan andre være preget av angst og uro (Thoresen & Dahl, 2015, s. 948). Ifølge psykologen Erik Erikssons utviklingsteori består livet av åtte utviklingsstadier, der det siste stadiet kalles *moden alder* (Thoresen K. , 2015, s. 59). I dette stadiet er egointegritet et mulig utfall, noe som innebærer en aksept for eget liv med gleder og sorger, mindre selvsentrering og aksept for døden uten frykt. Motsatsen til egointegritet kalles fortvilelse, og innebærer at personen ikke aksepterer eget liv og frykter døden. Her kan meningsløshet, bitterhet og et uforløst livsløp være en tung eksistensiell erkjennelse (Thoresen K. , 2015, s. 59). Psykiater Elisabeth Kübler-Ross hevder også at den døende gjennomgår fem ulike faser før døden inntreffer. De tre første fasene er benekking, sinne og kjøpslåing, faser som kan være mindre aktuelle hos geriatriske pasienter enn hos yngre med livstruende sykdom. Den fjerde fasen er depresjon, og kan være aktuell som et uttrykk for tap av arbeid, fysisk funksjon, sosial kontakt og roller. Den avsluttende fasen er akseptering, og handler om at den døende oppnår en forståelse for sin skjebne, gjerne forankret i en tro eller et håp for fremtiden (Kübler-Ross, 2005).

3.3 Palliativ fase

Palliativ fase regnes som livets slutfase, en fase som starter når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig og avsluttes når pasienten dør (Gro, 2015, s. 523). Palliativ omsorg har gjennom sitt idégrunnlag mål om behandling, pleie og omsorg rettet mot pasient og pårørende. Hovedmålene er symptomlindring og optimalisering av livskvalitet, ettersom pasienten vil bære preg av hjelpeløshet, svakhet og høy symptombyrde. Optimalisering av livskvalitet innebærer mye mer enn stell av pasientens kropp, da livskvalitet er et abstrakt begrep som rommer pasientens subjektive vurdering av egen situasjon, velvære og trivsel. De vanligste symptomene i palliativ fase er ifølge Gro (2015) smerter og dyspne, kvalme, angst, depresjon og fatigue. Her omfatter symptomlindringen varsomhet, smertelindring, leieendring og respirasjonsstøtte. Den eksistensielle smerten kan være vanskeligere å sette ord på, og kan komme til uttrykk gjennom tristhet, sinne, sorg og fortvilelse. Dette krever en nærværende og lyttende holdning hos sykepleier, samtidig som bekreftelse av pasientens vonde opplevelser og interesse er viktige forutsetninger (Gro, 2015, ss. 523-525).

3.4 Den døendes rettigheter

The Bill of Rights er en erklæring om den døendes rettigheter, utarbeidet av FN (Regjeringen, 1999). Rettighetene omtaler sentrale verdier i livets slutfase, og jeg har valgt ut de rettighetene som har størst relevans i forhold til oppgavens problemstilling. Erklæringen inneholder flere rettigheter relatert til håp, som handler om at pasienten har rett til å beholde et håp selv om målet for det endrer seg, og bli behandlet av mennesker med forståelse for dette. Når det gjelder verdighet, har enhver pasient rett til å slippe å dø alene, rett til å dø i fred og med verdighet, og rett til å forvente at kroppen blir behandlet med verdighet etter døden. Pasienten har dessuten rett til å gi uttrykk for tanker og følelser omkring døden på sin egen måte, delta i avgjørelser som gjelder egen behandling, og å gi uttrykk for religiøse og eksistensielle opplevelser. Siste punkt er essensielt for denne oppgaven, og handler om sykepleiers tilnærming til den døende. Herunder har pasienten rett til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølende og kyndige mennesker som vil prøve å forstå hans behov og som vil oppleve det som givende å hjelpe ham å møte sin død (Regjeringen, 1999). Dette omtales også i kvalitetsforskriften, der det står at pasienten skal oppleve respekt, og en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser (Kvalitetsforskriften, 2003). Sykepleier må i tillegg forholde seg til yrkesetiske retningslinjer, der det står at sykepleier skal ivareta den enkeltes integritet gjennom helhetlig omsorg, lindre lidelse og bidra til en naturlig og verdig død (Molven, 2014, s. 69).

3.5 Holisme

Holisme betyr helhetsforståelse, og handler om å se mennesket som en helhet bestående av en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon (Odland, 2013). Den fysiske dimensjonen angår pasientens kropp, og kan i livets siste fase handle om smerter, kvalme, dyspne og obstipasjon. Den psykiske og eksistensielle dimensjonen omfatter pasientens tanker og følelser, og kan komme til uttrykk gjennom angst og fortvilelse eller mening og håp i livets slutfase. Den sosiale dimensjonen er knyttet til pasientens sosiale nettverk, som i denne sammenhengen kan være tilstedeværelsen av pårørende. Den åndelige dimensjonen er relatert til pasientens verdivalg, livssyn eller religion, og kan handle om håp, mening og tro på et liv etter døden (Odland, 2013, ss. 25-27).

3.6 Verdighet

Verdighet defineres som det å være verdig og ha rett til å bli høyt aktet og respektert (Norsk Akademi for Språk og Litteratur, 2020). Grunnlaget for all sykepleie skal være respekt for enkeltmenneskets liv og iboende verdighet, som mennesket har i kraft av å være menneske (Molven, 2014). Dette innebærer respekt for den enkelte pasients liv, integritet, individualitet og identitet, noe som er sentralt i livets slutfase. I 2010 kom Verdighetsgarantiforskriften, med formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges for å bidra til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Dette konkretiseres i paragraf 3, der det står at pasienter på helseinstitusjon skal få tilbud om enerom, tilbud om samtaler om eksistensielle spørsmål, lindrende behandling og en verdig død (Verdighetsforskriften, 2010). Å legge til rette for en død som er i tråd med hvem den døende er og hva vedkommende ønsker er en viktig del av dette. Samtidig handler verdighet om at pasienten kan medvirke i beslutninger som angår egen helse og behandling, og pasientens selvbestemmelse er essensiell (Thoresen & Dahl, 2015).

3.7 Håp

Håpet regnes som den første og mest grunnleggende menneskelige egenskapen, og kan deles i to undergrupper kalt universelt og spesifisert håp (Strøm B. S., 2015, s. 913). Det spesifiserte håpet er knyttet til noe bestemt man håper på, som at en behandling skal virke. Det universelle håpet er derimot ikke tidfestet, person- eller objektavhengig, og er knyttet til en generell tro på fremtiden (Renolen, 2010, s. 153). Den psykiatriske sykepleieren, Joyce Travelbee, var opptatt av hvordan man både som pasient og sykepleier kan finne håp og mening i sykdom og lidelse (Travelbee, 1999, s. 36). Travelbee definerer håp som «en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå frem til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige». Hun hevder videre at håpet har seks karakteristika, der det første handler om at håpet relateres til forventningen om å få hjelp av andre når egne ressurser ikke strekker til. For det andre er håpet fremtidsorientert, og det tredje karakteristika er at håpet er relatert til valg. For det fjerde har håpet noe med pasientens ønsker å gjøre. Det femte karakteristika handler om at håpet har sammenheng med tillit og utholdenhet, mens det sjette og siste utdyper hvordan håpet er relatert til pasientens mot (Travelbee, 1999, ss. 117-120). For pasienter i palliativ fase kan håpet dreie seg om en verdig og smertefri død, få møte et barnebarn eller delta i en konfirmasjon, fullføre viktige oppgaver, eller om et liv etter døden.

4 Resultater og funn

Selv om pasienter i palliativ fase har individuelle ønsker og erfaringer, er det likevel noen felles ønsker som går igjen for livets slutfase. Dette omtales i flere forskningsartikler, både når det gjelder pasientens ønsker for den palliative behandlingen, hva som er viktig for opprettholdelse av verdighet, og hvordan håpet kan være bærende i livets slutfase.

4.1 Pasientønsker for palliativ behandling

Forskning viser at ivaretagelse av psykiske og eksistensielle behov som opprettholdelse av verdighet og håp, er essensielle pasientønsker for palliativ fase. Studien til Sandsdalen et. al (2015) viser at pasientene først og fremst ønsket å leve et meningsfylt liv, der de kunne være seg selv i fellesskap med menneskene de var glade i. Dette innebærer også muligheten til å kunne gjøre ting som de interesserte seg for, for å få sykdommen litt på avstand. Deltagerne oppgav videre at det å ha et håp var viktig i den palliative fasen, gjerne ikke et håp om bedring, men om trygghet, fred og god behandling til det siste. Dette stiller krav til sykepleier, og pasientene fremhevet viktigheten av en god relasjon til helsepersonell. I denne relasjonen ønsket pasientene at sykepleier skulle være støttende overfor pasient og pårørende, og vise respekt for pasientens eksistensielle behov og religiøse ståsted. Det kommer også frem av studien hvordan flere pasienter regnet medpasienter i samme situasjon som en stor ressurs, og ønsket fellesskap med dem samtidig som de ønsket respekt for eget privatliv. Pasientene ytret også ønske om autonomi gjennom deltagelse i avgjørelser vedrørende egen behandling, samtidig som de satte pris på hjelp fra sykepleier i vanskelige behandlingsvalg. En viss kontinuitet i helsepersonell å forholde seg til var også viktig for å øke tryggheten og tilliten til at pasienten fikk nødvendig helsehjelp når det var behov for det. Avslutningsvis ønsket pasientene å bli tatt vare på i en trygg, komfortabel og avslappet atmosfære (Sandsdalen, Hov, Høye, Rystedt , & Wilde-Larsson, 2015).

4.1 Verdighetsbevarende perspektiver

Når det gjelder hvordan sykepleier kan fremme verdighet for pasienter i palliativ fase, presenterer Östlund et. al (2019) åtte verdighetsbevarende perspektiver. Det første perspektivet handler om å bevare egen identitet, ved at sykepleier støtter pasienten i å tilpasse seg sitt nye funksjonsnivå, fokuserer på pasientens interesser og ser mennesket bak sykdommen. Dette har sammenheng med det andre perspektivet, som handler om å bevare rollen sin. Dette innebærer at pasienten blir støttet til å opprettholde sitt eget syn på seg selv, men også hjelp til å tilpasse tidligere roller. Det tredje perspektivet er å bevare pasientens stolthet, ved å respektere pasientens ønske om uavhengighet, se

pasientens kapasitet og la ham gjøre det han fremdeles har styrke til. Det fjerde perspektivet handler om hvordan autonomi anses som viktig for pasientens følelse av kontroll, ved at pasienten blir involvert i beslutninger og støttet til å dele hvordan han vil bli tatt vare på i møte med døden. Videre handler det femte perspektivet om generativitet, og hvordan det kan være til trøst å vite at man vil etterlate seg minner som er varige og som overskrider døden. Det sjette perspektivet er aksept, og kan handle om å akseptere at noen ting ikke kan oppnås lenger, eller at de må gjøres på andre måter og med støtte fra andre. Studiens syvende perspektiv på verdighet handler om resiliens, mer konkret pasientens motstandskraft eller mentale styrke til å optimalisere kvaliteten på livet. Her kan sykepleier bidra i dialog om hvordan pasienten vil møte og håndtere døden, lytte til pasienten og gi informasjon på en ærlig og forståelig måte. Studiens siste verdighetsbevarende perspektiv er håp, da pasienten kan oppleve at egen verdighet kan bli styrket ved å se tilbake på livet, oppleve mening og ha små gleder å se frem til (Östlund, Blomberg, Söderman, & Harstäde, 2019, ss. 8-9).

4.2 Mestringsstrategier for håp

Viktigheten av håp for pasienter i palliativ fase omtales også av Buckley og Herth (2004) som presenterer syv ulike mestringsstrategier som kan påvirke pasientens opplevelse av håp. Den første strategien ble satt svært høyt av alle deltagerne, og handler om hvordan mellommenneskelige forhold og relasjoner kan fremme håp. Dette ble begrunnet med at tilstedeværelse av pårørende og helsepersonell kunne gi følelsen av at noen trengte en, at en betydde noe, at noen var villig til å lytte til tanker og utfordringer og at en var en del av en større sammenheng. Den andre mestringsstrategien handler om å ha et åndelig fundament, og hvordan dette kan være en viktig kilde til håp i form av bønn, religiøs musikk og andre religiøse uttrykksformer. Den tredje strategien handler om at utarbeiding av mål kan gi pasienten mening, verdi, og en følelse av å ha en retning i livet. Håp knyttet til fremtiden medførte også at pasientene utviklet nye mål, noe som gav en følelse av trygghet og velvære. I siste fase av livet var håpet særlig fokusert til samværet med andre, og den fjerde mestringsstrategien er relasjonen til helsepersonell. En god relasjon til helsepersonell ble fremhevet som en viktig kilde til håp, og respekt, autonomi og humor var viktig i denne relasjonen. Den femte mestringsstrategien konkretiserer hvordan sykepleiers bruk av humor i hverdagen kan gi pasienten opplevelsen av sorgløshet, hjelp til å mestre svekkede funksjoner og skape en viss avstand til situasjonen. Videre fremhever den sjette strategien personlige egenskaper som en kilde til håp, da individuell styrke og mot kan hjelpe pasienten å opprettholde håp ved at en føler at en har kontroll over situasjonen. Avslutningsvis viser studien at håpet kan fremmes gjennom oppfrisking av minner, i form av bilder, gjenstander og samtaler om verdifulle hendelser i livet (Buckley & Herth, 2004).

5 Drøfting

Litteratur og forskning viser at ivaretagelsen av psykiske og eksistensielle behov er en essensiell del av palliativ omsorg. Samtidig vises en gjensidig sammenheng mellom håp og verdighet, da verdigheten kan være en viktig del av pasientens håp samtidig som håpet kan være en viktig del av pasientens opplevelse av verdighet. Jeg vil i denne delen drøfte hvordan sykepleier kan fremme verdighet og håp for geriatriske pasienter i palliativ fase, med utgangspunkt i pasientønsker, verdighetsbevarende perspektiver og mestringsstrategier for håp som har blitt presentert under Resultater og funn. Problemstillingen vil bli drøftet på pasientnivå.

5.1 Hvordan kan sykepleier fremme verdighet innen palliativ omsorg?

Verdighetsbevarende perspektiver omfatter ulike synspunkt på hvilke forhold som påvirker pasientens følelse av verdighet (Östlund, Blomberg, Söderman, & Harstäde, 2019). Dette kan være identitetsbevaring, å bevare rollen sin, bevare egen stolthet, autonomi, generativitet, aksept, resiliens og håp. Med utgangspunkt i disse verdighetsperspektivene vil jeg drøfte hvordan sykepleier gjennom personsentrert omsorg kan fremme pasientens opplevelse av verdighet.

5.1.1 Identitetsbevaring

Det å være seg selv handler om å føle at essensen av egen identitet og personlighet forblir intakt (Östlund, Blomberg, Söderman, & Harstäde, 2019). Sykepleier kan i samhandling med pasienten, tilrettelegge for tilpassing til et nytt og redusert funksjonsnivå. Aktiv lytting og engasjement kan bidra til at sykepleier lettere ser pasienten bak sykdommen, med dens kvaliteter og interesser. For pasienter som føler at utseende deres er betraktelig endret grunnet sykdom, har jeg erfart hvor viktig det er at sykepleier respekterer ønsket om personvern og forsøker å opprettholde pasientens følelse av å kunne være seg selv. Dette kan involvere å ikke benytte hjelpemidler i andres nærvær eller anskaffelse av parykk eller brystproteser. Ønsket om å kunne være seg selv er også i tråd med forskning som viser at sykepleiers ivaretagelse av pasientens identitet er viktig for pasientens følelse av verdighet (Sandsdalen, Hov, Høye, Rystedt, & Wilde-Larsson, 2015). Dette innebærer at sykepleier anerkjenner og behandler pasientene som individuelle mennesker, og forsøker å dekke deres individuelle behov.

5.1.2 Roller

Å kunne bevare rollen sin kan være et essensielt psykologisk behov, noe som ifølge litteratur og egen oppfatning burde ivaretas på lik linje med pasientens fysiske behov (Johnston, et al., 2015). Phil Barker hevder også at opprettholdelse av respekt og verdighet er en av seks grunnleggende verdier for psykisk helsearbeid, da pasientene kan bli redusert til sin lidelse og utsatt for krenkelser på grunn av rollen som pasient (Hummelvoll, 2018, s. 487). For å unngå dette kan sykepleier gi pasienten mulighet til å gjøre ting han fremdeles har styrke til å gjennomføre, gjerne med smertelindring og hjelp fra pårørende eller frivillige. Det kan også være sykepleiers oppgave å støtte pasienten i tilpasningen av rollene sine, gjerne gjennom hjelpemidler som rullestoler, rullatorer, oksygenbeholdere og medikamenter, eller samtale om rollene pasienten fremdeles innehar (Östlund, Blomberg, Söderman, & Harstäde, 2019). Jeg har også erfart hvordan det kan oppstå en rollekonflikt hos geriatriske pasienter, da de opplever at de ikke klarer å fylle rollen som besteforelder og utføre aktiviteter som det forventes at besteforeldre gjør. I slike tilfeller kan sykepleier oppmuntre pasienten til å senke egne rolleforventninger og heller prøve å nyte tiden sammen med barnebarna.

5.1.3 Stolthet

Opprettholdelse av stolthet handler om evnen til å opprettholde en positiv følelse av selvrespekt (Östlund, Blomberg, Söderman, & Harstäde, 2019). Sykepleier kan støtte denne følelsen ved tilrettelegging i ADL-aktiviteter, og ved å respektere pasientens ønske om uavhengighet. Personlig har jeg erfart at det kan være lett å «institusjonalisere» geriatriske pasienter, da det kan være mindre effektivt å la pasienten gjennomføre det han klarer selv. Det er imidlertid svært viktig at sykepleier ikke fratrukker pasienten disse små hverdagsmulighetene som kan bidra til å ivareta pasientens stolthet. Gjennom en empatisk holdning kan sykepleier se pasientens kapasitet, anerkjenne ressursene pasienten fremdeles har, og bare hjelpe pasienten med det faktisk ønsker hjelp til (Östlund, Blomberg, Söderman, & Harstäde, 2019). Senere i den palliative fasen kan økende symptombyrde og svakhet medføre at pasienten ikke selv er i stand til å opprettholde egen stolthet (Grov, 2015, s. 523), og det kan være sykepleiers oppgave å sikre at pasienten er ren og velstelt i møte med andre.

5.1.4 Autonomi

Autonomi handler om evnen til å opprettholde kontroll over eget liv og avgjørelser vedrørende egen behandling (Östlund, Blomberg, Söderman, & Harstäde, 2019). Dette kan oppnås ved at sykepleier respekterer og iverksetter pasientens behandlingsønsker. Det er også i tråd med *The Bill of Rights* og yrkesetiske retningslinjer, som konstaterer at sykepleier skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig informasjon og respektere pasientens rett til å foreta

egne valg (Norsk Sykepleieforbund, 2020). Mer konkret kan dette handle om at sykepleier gir pasienten muligheten til å administrere egne medikamenter, bestemme hvilke klær han vil ha på seg, når han vil spise, og hvordan han vil bli ivaretatt. Forskning viser at en ydmyk og involverende holdning er viktig i pasienttilnærmingen, da pasientens ønsker ikke alltid samsvarer med helsepersonells tanker om hva som er det beste for pasienten (Östlund, Blomberg, Söderman, & Harstäde, 2019). Det er tross alt pasientens liv det handler om og pasienten som må leve med konsekvensene av valgene som blir tatt. Samlet sett handler dette om tilpassing, og jeg har erfart fra praksis at det kan være utfordrende for sykepleier å imøtekomme individuelle pasientønsker, da man i tillegg må forholde seg til forventninger om effektivitet, krav om kvalitet i tjenesten, ressursmangel og knapp tid. Sykepleier bør likevel tilstrebe å ivareta autonomiprinsippet.

5.1.5 Generativitet

Generativitet handler om at det kan være til trøst å vite at man vil etterlate noe varig som overskrider døden (Östlund, Blomberg, Söderman, & Harstäde, 2019). I denne sammenheng kan sykepleier fremme pasientens verdighet gjennom å oppmuntre pasientene til å ha bilder og verdifulle gjenstander i nærheten, skrive dagbøker og holde kontakten med pårørende. For pasienter med uferdig virksomhet kan sykepleier legge til rette for kontakt med personer som er involvert i disse problemene, eller bidra til å balansere denne utfordringen med erindringer om positive opplevelser i pasientens liv. Samtidig har jeg erfart hvordan noen pasienter bekymrer seg for hvordan deres egen død vil påvirke de etterlatte. Samtaler om dette kan være vanskelige, og sykepleier kan være redd for å virke pågående (Kalfoss, 2016). For noen kan det likevel være til hjelp at sykepleier tar initiativ til samtale om dette, og oppmuntrer pasienten til å lage minner om seg selv som familien kan beholde.

5.1.6 Aksept

Aksept handler om evnen til å imøtekomme skiftende livsforhold, som at noen ting ikke kan oppnås lenger eller må gjøres på alternative måter med støtte fra andre (Östlund, Blomberg, Söderman, & Harstäde, 2019). Ifølge litteraturen kan pasienter i palliativ fase oppnå en stille aksept og forståelse for sin skjebne, gjerne innen et trossystem som gir forklaring og håp (Renolen, 2010, s. 182). For andre pasienter kan det være vanskelig å akseptere det faktum at døden er nær, noe som kan ha en sammenheng med psykologisk nød hos pasienten. Dette kan skyldes at pasienten føler at han er til bry, ikke strekker til, og er avhengig av hjelp til personlig pleie (Östlund, Blomberg, Söderman, & Harstäde, 2019). I slike situasjoner har jeg erfart at konfrontering kan virke mot sin hensikt, mens bekrefting av følelser og en realistisk holdning til døden kan hjelpe pasienten i prosessen mot aksept.

5.1.7 Resiliens

Resiliens omfatter den mentale motstandskraften eller besluttsomheten som utøves for å overvinne sykdom og å optimalisere livskvaliteten. Dette har sammenheng med palliasjonens idègrunnlag, nemlig å lindre symptomer og optimalisere pasientens livskvalitet (Gro, 2015, s. 523). Sykepleier kan bidra til å fremme verdighet gjennom å støtte denne motstandskraften ved å lytte til pasientenes syn på hvordan de forholder seg til døden. Jeg har personlig erfart hvordan pasienter har vært i stand til å mobilisere ressurser og oppnå en positiv tilværelse til tross for at døden har vært nært forestående. Sykdomssymptomer kan imidlertid påvirke personen både fysisk, psykisk og åndelig, og smerte, depresjon og angst kan redusere pasientens resiliens og opplevelse av verdighet (Johnston, et al., 2015). Jeg har i denne forbindelse møtt pasienter som føler at de er i en så håpløs tilstand at de heller vil dø. Dette kan føre til hjelpeløshet hos sykepleier, og en kan bli usikker på hva en skal gjøre eller hva en skal si. Kanskje kan det være viktigere å fokusere på *hvem* og *hva* en kan være for pasienten (Kalfoss, 2016). Dette kan innebære at sykepleier viser respekt, lytter, og formidler empati, varme og ekthet (Johnston, et al., 2015; Regjeringen, 1999).

5.1.8 Håp

Håp er det siste verdighetsbevarende perspektivet i studien, og handler om å ha grunnleggende mening eller formål for livet (Östlund, Blomberg, Söderman, & Harstade, 2019). Dette viser en gjensidig sammenheng mellom pasientens opplevelse av håp og verdighet, da verdigheten kan være en viktig del av pasientens håp samtidig som håpet kan være en viktig del av pasientens opplevelse av verdighet. Jeg vil videre utdype hvordan sykepleier kan fremme håp for pasienter i palliativ fase.

5.2 Hvordan kan sykepleier fremme håp innen palliativ omsorg?

Buckely og Herth (2004) presenterer syv mestringsstrategier som kan fremme håp hos pasienten: mellommenneskelige relasjoner, et åndelig fundament, utarbeiding av mål, relasjonen til helsepersonell, bruk av humor, personlige egenskaper, og oppløftende minner. Med utgangspunkt i disse mestringsstrategiene vil jeg drøfte hvordan sykepleier kan fremme håp i møte med geriatriske pasienter i palliativ fase.

5.2.1 Mellommenneskelige relasjoner

Buckley og Herth (2004) viser til mellommenneskelige forhold som den første faktoren for å opprettholde pasientens håp. Tilstedeværelsen av en pålitelig og kjent person kan være en enorm trøst for den døende pasienten, og bidra til menneskesentrert verdighet gjennom følelsen av å bli ivaretatt og støttet (Broadhurst & Harrington, 2015). Sykepleiers rolle i denne sammenheng kan være å legge til rette for disse møtene, sikre at pasienten er i form til å møte pårørende, og anerkjenne pårørende som en ressurs. Det kan imidlertid også være sykepleiers oppgave å sørge for at besøkene ikke blir for lange, da det kan være energikrevende for pasienten å bidra i relasjonen til pårørende når han i utgangspunktet kan være preget av svakhet og høy symptombyrde (Gro, 2015, s. 523). Noen pasienter ønsker heller ikke samvær med sine pårørende, noe som også må respekteres med hensyn til pasientens autonomi. Forskning viser også at en relasjon til andre i samme situasjon kan gi en følelse av håp i form av å bli forstått på et annet nivå på grunn av felles erfaringer (Sandsdalen, Hov, Høye, Rystedt, & Wilde-Larsson, 2015). Dersom dette er til gjensidig glede for pasientene kan sykepleier legge til rette for møter med medpasienter. På den andre siden kan det være viktig at sykepleier gir pasienten rom til å trekke seg tilbake, da møtet med døden kan fremkalle emosjonelle reaksjoner som pasienten må bearbeide på egenhånd (Kalfoss, 2016).

5.2.2 Åndelig fundament

Den andre mestringsstrategien handler om hvordan et åndelig fundament kan fremme håp. Dette er i tråd med forskning som viser at åndelighet og tro kan bidra til trivsel og hjelpe pasienter gjennom lidelse, smerte og fortvilelse (Broadhurst & Harrington, 2015). Pasientens ubesvarte eksistensielle spørsmål kan være kilde til smerte, og regnes med utgangspunkt i et holistisk menneskesyn som et av sykepleiers ansvarsområder (Strøm B. S., 2015). Pasienten har dessuten rett til å gi uttrykk for tanker og følelser omkring forestående død på sin egen måte, og å drøfte og gi uttrykk for religiøse og eksistensielle opplevelser (Regjeringen, 1999). Samtidig er sykepleier forpliktet til å ivareta pasientens åndelige behov, uavhengig av ens eget eller pasientens livssyn (Norsk Sykepleierforbund, 2020). Det kan være aktuelt å kartlegge pasientens åndelige behov, hva som er pasientens kilde til mening, styrke og håp, om pasienten har en religiøs tro, og om pasientens tro har innvirkning på ønsker for pleie i livets slutfase (Strøm B. S., 2015). For å ivareta pasientens åndelige behov som en kilde til håp kan tverrfaglig samarbeid være aktuelt, og sykepleier kan formidle kontakt med religiøs leder eller prest, og ellers legge til rette for religiøs praksis. Selve utførelsen av åndelige ritualer ligger imidlertid ikke innenfor sykepleiers fagfelt (Torbjørnsen, 2015), men dersom pasienten er svært dårlig kan det være nødvendig at sykepleier er til stede.

5.2.3 Utarbeiding av mål

Den tredje mestringsstrategien er utarbeiding av mål, noe som kan gi en form for tilfredshet og kontroll (Broadhurst & Harrington, 2015). I palliativ fase er det ingen selvfølge at pasienten når sine mål, men jeg har likevel sett i praksis at det kan gi håp for fremtiden å ha en retning for livet, og vite at en ikke stagnerer. Utarbeidelse, gjennomførelse og evaluering av mål i samarbeid med pasienten kan være en viktig sykepleieoppgave som kan styrke pasientens universelle håp og optimisme. Å bli behandlet av mennesker som kan opprettholde et håp selv om målet for det endrer seg er også en rettighet pasienter i palliativ fase har, samtidig som sykepleier kan være en støttende hjelp i arbeidet med å danne realistiske og givende mål for pasienten (Broadhurst & Harrington, 2015; Regjeringen, 1999). Etter hvert som pasientens tilstand blir dårligere kan pasientens mål bli mindre ambisiøse, og mellommenneskelige mål kan få større verdi for pasienten (Buckley & Herth, 2004). Dette kan indikere en transformasjon av håpet, da ønsket om å prestere og nå tidligere mål, erstattes av ønsket om tilstedeværelse av familie og sykepleier i verdige omgivelser.

5.2.4 Forhold til helsepersonell

Den fjerde mestringsstrategien er forholdet til helsepersonell (Buckley & Herth, 2004). Små ting som høflighetsfraser, smil, og oppmuntrende kommentarer kan ha stor betydning for pasienten, og pasientrelasjonen bør bygges på respekt, tillit, vennlighet og tålmodighet (Sandsdalen, Hov, Høye, Rystedt, & Wilde-Larsson, 2015). Olsman et al. (2014) hevder at sykepleier i denne pasientrelasjonen kan ha tre perspektiver på håp. Fra et realistisk perspektiv er håp en forventning som burde være i tråd med sannheten, og sykepleier kan forsøke å tilpasse håpet til sannheten. Fra et funksjonelt perspektiv kan håp være en hjelp til å takle følgene av sykdommen, og sykepleier kan fremme håp gjennom å tilby behandling, gi støtte og smertelindring. Studien hevder videre at sykepleiere med et narrativt syn på håp anser håpet som noe meningsfylt, og fokuserer på tolkingen av håpet slik at det gir mest mulig mening for pasienten (Olsman, Leget, Onwuteaka-Philipsen, & Willems, 2014).

Uavhengig av sykepleiers perspektiv på håp, har pasienten rett på å bli behandlet av omsorgsfulle og kyndige mennesker som opplever det som givende å hjelpe ham å møte døden. Samtidig er sykepleier ifølge yrkesetiske retningslinjer pliktig å imøtekomme dette (Regjeringen, 1999; Norsk Sykepleierforbund, 2020). Relasjonen til helsepersonell bør også være preget av kontinuitet, da det kan være slitsomt for pasienten å gjenta sine behandlingsønsker, samtidig som det kan gi sykepleier en bredere oversikt over pasientens symptomer og erfaringer (Grov, 2015). Å stadig lytte til pasienten, vise empati og være til stede kan imidlertid være utfordrende for sykepleier i et lengre tidsperspektiv. Selvbevissthet og god egenomsorg kan derfor være nøkkelen som åpner for å gi kjærlighet, støtte og omsorg til døende pasienter og deres pårørende.

5.2.5 Bruk av humor

Den femte mestringsstrategien handler om humor som en essensiell indre ressurs, da flere pasienter beskriver evnen til å kunne le sammen over delt ulykke som viktig for å opprettholde håpet (Buckley & Herth, 2004). Sykepleiers bruk av humor kan formidle håp og virke angstdempende og befriende til tross for pasientens alvorlige diagnose (Strøm, André, & Halsetrønning, 2020). På den ene siden kan humor skape en relasjon til pasienten gjennom nærhet, samhørighet, varm og vennskap. Samtidig er det viktig at sykepleier bruker humor på pasientens premisser, da ikke alle pasienter er mottagelige for humor og kan oppfatte det som respektløst og støtende. Sykepleier kan likevel kartlegge hva som gleder pasienten, og bruke dette i videre behandling og kommunikasjon. Mellom sykepleiere kan intern humor benyttes for å distansere seg fra alvoret, samtidig som det kan være en kraftfull ressurs som beskytter mot negativ påvirkning av døden (Strøm, André, & Halsetrønning, 2020).

5.2.6 Personlige egenskaper

Den sjettede mestringsstrategien handler om pasientens personlige egenskaper i møte med døden. Besluttsomhet og mot kan gi pasienten en oppløftende følelse til tross for situasjonen, og dermed bidra til å opprettholde håpet. Dette bekrefter Travelbee's sjettede karakteristika ved håp, nemlig at håpet er relatert til pasientens mot og gir mennesket pågangsmot (Travelbee, 1999). Forskning viser også at pasienter i palliativ fase ønsker å gjøre meningsfulle og nyttige aktiviteter, og forberede seg på livets slutt (Sandsdalen, Hov, Høye, Rystedt, & Wilde-Larsson, 2015). Sykepleier kan kartlegge pasientens ressurser og egenskaper, og i samarbeid med miljøterapeut ivareta disse gjennom transport, kunst- og håndtverksutstyr, eller musikalske instrumenter. Fra sykepleiers side handler dette om å bekrefte pasientens egenskaper, da det å oppleve å bli verdsatt, godtatt og respektert som et eget individ kan være en kilde til håp og identitetsbevaring (Buckley & Herth, 2004).

5.2.7 Oppfriske minner

Oppfrisking av minner er den siste mestringsstrategien i studien, og innebærer samtaler om gledelige hendelser og tilbakeblikk på livet gjennom bilder og gjenstander (Buckley & Herth, 2004). Dette kan være særlig aktuelt med tanke på pasientgruppen, da geriatriske pasienter kan ha svekket kognitiv funksjon som et resultat av naturlige aldersforandringer. Den kognitive svikten kan gi nedsatt hukommelse og konsentrasjonsevne, og reminisensarbeid med mål om å stimulere eller lokke frem minner kan være en viktig sykepleieoppgave (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 430). Metoden kan imidlertid fremkalle både gode og vonde minner, og det er viktig at sykepleier viser empati og støtte i møte med vonde minner, og forsøker å ivareta de lyse og gode øyeblikkene fra pasientens tidligere liv. (Broadhurst & Harrington, 2015).

6 Konklusjon

Jeg har i denne oppgaven søkt å finne svar på hvordan sykepleier kan fremme verdighet og håp for geriatriske pasienter i palliativ fase. Opprettholdelse av verdighet og håp kan være essensielt i livets slutfase, både med tanke på lindring av fysisk og psykisk smerte, og optimalisering av livskvalitet. Selv om verdighet og håp er universelle verdier, må sykepleier forholde seg til pasienter med individuelle ønsker og behov. Forskning belyser imidlertid ulike verdighetsbevarende perspektiver og mestringsstrategier for håp som kan ha felles betydning for pasientgruppen. En viktig forutsetning for dette er en pasientrelasjon bygget på tillit, respekt, empati og vennlighet. Det er også viktig at sykepleier søker å ivareta pasientens stolthet og autonomi, spiller på pasientens ressurser og egenskaper, og legger til rette for sosialisering og åndelig utøvelse. Et økt fokus på yrkesetiske retningslinjer, verdighetsforskriften og kvalitetsforskriften kan også bidra til at sykepleier kan gi pasienten den psykiske og eksistensielle omsorgen han har rett på. Selv om eksisterende forskning viser flere perspektiver og strategier som kan fremme pasientens opplevelse av verdighet og håp, ser jeg behovet for mer forskning innen temaet. Dette kan føre til økt kompetanse blant sykepleiere, noe som i neste ledd kan øke kvaliteten på sykepleien pasienter i palliativ fase mottar. Ressursbruk og tidsmangel vil i denne forbindelse alltid være et diskusjonstema. Samtidig kan det like gjerne handle om hvordan sykepleier benytter den tiden en har, da små ting og enkle omsorgshandlinger kan ha stor betydning for pasienten. Pasienter i palliativ fase er dessuten en sårbar gruppe, noe som gir sykepleier en unik mulighet til å bidra og gjøre en positiv forskjell. Med økt kompetanse og fokus på psykiske og eksistensielle behov innen palliativ behandling, kan sykepleier i større grad fremme håp og bidra til en meningsfylt og verdig livsavslutning for den geriatriske pasienten.

7 Bibliografi

- Broadhurst, K., & Harrington, A. (2015). The importance of hope to the dying patient. *Journal of Advanced Nursing*. doi:10.1111/jan.12765
- Buckley, J., & Herth, K. (2004). Fostering hope in terminally ill patients. *Art and Science*. doi:10.7748/ns2004.11.19.10.33.c3759
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Det Norske Akademi for Språk og Litteratur. (2020). *Det Norske Akademis Ordbok*.
- Grov, E. K. (2015). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & M. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 522-537). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *PICO*. Hentet fra www.helsebiblioteket.no:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Hummelvoll, J. K. (2018). *Helt-ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .
- Johnston, B., Larkin, P., Conolly, M., Barry, C., Narayanasamy, M., Östlund, U., & McIlfatric, S. (2015). Dignity-conserving care in palliative care settings: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. doi:10.1111/jocn.12791
- Kalfoss, M. H. (2016). Møte med lidende og dødende pasienter-sykepleierens møte med seg selv. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., ss. 453-479). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvalitetsforskriften. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (FOR-2003-06-27-792). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Kübler-Ross, E. (2005). *Døden er livsviktig-om livet, døden og livet etter døden*. Oslo: N. W. Damm og Sønn AS.
- Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .
- Norsk Sykepleieforbund. (2020). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra www.nsf.no:
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Odland, L.-H. (2013). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleie* (3. utg., ss. 23-41). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Olsman, E., Leget, C., Onwuteaka-Philipsen, B., & Willems, D. (2014). Should palliative care patients' hope be truthful, helpful or valuable? An interpretative synthesis of literature describing healthcare professionals' perspectives on hope of palliative care patients. *Palliative Medicine*. doi:10.1177/0269216313482172
- Ranhoff, A. H. (2015). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., ss. 79-90). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .
- Regjeringen. (1999). *NOU 1999:2, Livshjelp— Behandling, pleie og omsorg for uheldelig syke og døende*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-2/id141460/sec6>
- Renolen, Å. (2010). *Forståelse av mennesker-innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandsdalen, T., Hov, R., Høye, S., Rystedt, I., & Wilde-Larsson, B. (2015). Patients' preferences in palliative care. *Palliative medicine*. doi:10.1177/0269216314557882
- Skovdahl, S., & Berentsen, V. (2015). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 408-434). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .
- Strøm, B. S. (2015). Livssyn, verdier og åndelig omsorg. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., ss. 908-923). Oslo: Cappelen Damm Akademisk .
- Strøm, I. K., Andrè, B., & Halsetrønning, J. (2020). Humor er et viktig hjelpemiddel i palliativ behandling. *Sykepleien*. doi:10.4220/Sykepleiens.2020.80299
- Thoresen, K. (2015). Aldringsteorier. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 58-70). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Thoresen, L., & Dahl, M. (2015). Sykepleie til den døende pasienten. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., ss. 926-960). Oslo: Cappelen Damm Akademisk .
- Torbjørnsen, T. (2015). Ritualer og åndelig omsorg. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* (ss. 538-547). Gyldendal Norsk Forlag .
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget Oslo.

Verdighetsforskriften. (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg (FOR-2010-11-12-1426). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426?q=verdighet>

Östlund, U., Blomberg, K., Söderman, A., & Harstade, C. W. (2019). How to conserve dignity in palliative care: suggestions from older patients, significant others, and healthcare professionals in Swedish municipal care. *BMC Palliative Care*. doi:10.1186/s12904-019-0393-

x



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	14-06-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	15-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2020 VÅR		
Intern sensor:	Irene Sjørusen		

Deltaker

Naun:	Kristine Nygård
Kandidatnr.:	354
HVL-id:	573498@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Sideantall *:	18		
Antall ord *:	7137		
Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:	Ja	Egenerklæring *:	Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *:	Ja	Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:	Ja

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Ja, Høgskulen på Vestlandet