

BACHELOROPPGÅVE

«Døden ventar, finst det fortsatt håp?»

Korleis kan sjukepleiar ivareta eksistensielle behov hjå den palliative pasienten

Av

Helge Ullebust

Kandidatnummer 20

«Is there still a hope?»

Sjukepleie, bachelorstudium

SK152

Mai, 2016

Rettleiar: Olivia Sissil Sunde

Antall ord: 7000



**Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt
institusjonelle arkiv (Brage)**

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva «Døden ventar, finst det fortsatt håp?», i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar.

Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Kandidatnummer: 20. Helge Ullebust

JA

NEI

Samandrag

Tittel

«Døden ventar, finst det fortsatt håp?»

Bakgrunn for val av tema

Eit spesielt møte med ein palliativ kreftpasient, i min praksis i kommunehelsetenesta, fekk meg til å innsjå kor viktig den eksistensielle komponenten i vår omsorg er. Gjennom undervisning i sjukepleieutdanninga, og nasjonale føringar, blir det sett søkelys på at helsetenester bør flyttast nærmare der folk bur. Pasientar med alvorleg sjukdom, og eit samansett sjukdomsbilete, vil trenge auka fokus frå sjukepleiar i heimetenesta i tida som kjem.

Problemstilling

«Korleis kan sjukepleiar ivareta eksistensielle behov hjå den palliative pasienten».

Framgangsmåte

Søk etter forskning er primært utført i forskingsdatabasen Academic Search Elite. Databasane Cinahl og Medline vart inkludert i desse søka. Det er også gjort eit søk i artikkelbasen SveMed+. Faglitteraturen er hovudsakeleg henta frå pensum. I søk etter supplerande faglitteratur er databasen «Oria» nytta.

Oppsummering av funn

Til tross for at mange palliative pasientar har behov for å ta opp eksistensielle tema, så viser forskning at mange sjukepleiarar ikkje legg til rette for desse samtalanene. Fokus på den eksistensielle komponenten kan være avgjerande for å at pasientar opplever ei heilskapleg omsorg.

Innhald

1	Innleiing	1
1.1	Problemstilling med avklaring, og avgrensing	2
2	Metode	2
2.1	Søke- og utvalsprosess, forskning	3
2.2	Søke- og utvalsprosess, faglitteratur	4
2.3	Kjeldekritikk	4
3	Teori	5
3.1	Eksistensielle behov	5
3.2	Joyce Travelbee	5
3.3	Relasjon	6
3.4	Kommunikasjon	6
3.5	Styrke ein oppleving av håp	7
3.6	Etikk	8
3.7	Presentasjon av forskning	8
4	Drøfting	10
4.1	Eksistensielle behov, det har med livet å gjere	11
4.2	Betydinga av ein god relasjon	12
4.3	Kommunikasjon, meir enn berre ord	13
4.4	Håp, ei kjelde til meining i livet	14
5	Konklusjon	16
	Bibliografi	18

1 Innleiing

Døden er det einaste vi med sikkerheit veit er felles for oss alle. Samtidig er den for mange framand og fjern, noko ein ikkje kan ta inn over seg.

Oppgåva tar for seg korleis sjukepleiar kan ivareta eksistensielle behov hjå den palliative pasienten. Det er pasienten sjølv som er eksperten på sitt liv, sine kjensler og sine behov. Men sjukepleiar kan være ein viktig medhjelpar på vegen. Som Olga Tvedt, prest i Kirkens bymisjon, uttalte: «Du vil aldri oppnå ein heilheitleg omsorg, utan å inkludere den eksistensielle komponenten».

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet, 2015), viser til at i tillegg til å lindre smerte og andre symptom som kan gje ubehag, skal sjukepleiar også ivareta det psykiske, sosiale og eksistensielle behovet, til pasienten. Fundamentalt ligg eit mål om best mogleg livskvalitet for både pasient og pårørande (Helsedirektoratet, 2015).

Kreftpasientar med utbreidd sjukdom, har ofte behov for palliativ pleie og omsorg. Dei siste femti åra er dobbelt så mange blitt diagnostisert med kreft, og i løpet av eit liv vil i snitt ein av tre få sjukdommen. I 2014 vart det registrert 31 651 nye krefttilfelle i Norge. Kreft var årsaka til ca. 25% av alle dødsfall i Norge for same år (Kreftregisteret, 2015). Frå sentralt hald blir det samtidig lagt opp til at pasientane i stadig større grad skal få behandling og oppfølging i sin tilhøyrande kommune (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Denne satsinga på primærhelsetenesta blir forsterka med Stortingsmelding nr. 26, der det blir gitt klart uttrykk for at dei kommunale tenestene blir viktigare for å tilfredsstille pasienten sin stadig tydligare posisjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Det er derfor sannsynleg at kreftråka er ei pasientgruppe ein vil komme hyppig borti i tenesta som sjukepleiar, ikkje minst i kommunehelsetenesta.

Fleire studiar viser til at eksistensiell omsorg har stor betydning for alvorleg sjuke og døande (Helsedirektoratet, 2015). Likevel tyder mykje på at pasienten sine eksistensielle behov ikkje blir ivaretatt i tilstrekkeleg grad, verken i den palliative pleia eller i helsevesenet forøvrig (Helsedirektoratet, 2015). Det blir også hevda at sjukepleiarutdanninga fokuserar for lite på dette temaet (Gulbrandsen & Stubberud, 2015). Dei yrkesetiske retningslinjene stiller derimot krav om at sjukepleiar skal forplikte seg til å ivareta den enkelte pasient sitt behov for ei heilheitleg omsorg. Sjukepleiar skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Rådet for sykepleieetikk, 2011). Det nasjonale handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorga presisera dette ansvaret ytterlegare, med at helsepersonell skal ha ein stadig merksemd mot den åndelege omsorga, og tilpasse denne etter pasienten sitt behov. Den åndelege omsorga skal være ein del av den heilheitlege omsorga til pasient (Helsedirektoratet, 2015).

Bakgrunn for val av tema og problemstillinga for oppgåva er eit sterkt pasientmøte frå åtte veker praksis i heimetenesta. Situasjonar og pasienterfaring i drøftinga stammar stort sett frå denne perioden, der alle pasientopplysingar er anonymisert.

1.1 Problemstilling med avklaring, og avgrensing

Problemstillinga blir avgrensa til å gjelde pasientar med kreft som primærsjukdom. Når pasienten er inne hjå spesialisthelsetenesta skjer det mykje utredning og behandling på kort tid. Mange pasientar opplever den kjenslemessige reaksjonen først når dei kjem heim igjen, og bli sittande åleine med tankane. Fleire blir triste, deprimerte og usikre. Sjukepleiar i heimetenesta har ei viktig oppgåve med å ivareta også den eksistensielle komponenten i omsorga (Molnes, 2015). Dette er medverkande til at eg i denne oppgåva møter pasienten som sjukepleiar i heimetenesta.

«Korleis kan sjukepleiar ivareta eksistensielle behov hjå den palliative pasienten».

Fleire tema hadde vert ynskjeleg å inkludere, som ivaretaking av nærmaste pårørande, tverrfagleg samarbeid og forhold til kultur og religion.

Oppgåva vart avgrensa under vegs, og det er fleire forhold, av betydning for den eksistensielle omsorga, som ikkje er vektlagt. Det hadde vert spesielt ynskjeleg å inkludere teori om meining og meistring. Eg erfarte derimot at ved å ta inn for mange tema vart drøftinga overflatisk, vesentlege forhold vart ikkje problematisert tilstrekkeleg, og tema ikkje belyst som ønskt. På grunn av oppgåva sitt omfang vart då hovudfokuset lagt på eit eksistensielt behov, håp.

2 Metode

Oppgåva er eit litteraturstudium. Det vil sei at den baserar seg på skriftlege kjelder og kunnskap som allereie eksisterar (Dalland, 2012). Metode blir definert som eit reiskap for å samle nødvendig informasjon til undersøkinga ein ynskjer å gjennomføre. Metoden kan være kvantitativ eller kvalitativ retta (Dalland, 2012). I denne oppgåva er fem av seks forskingsartiklar kvalitative. Den kvalitative metoden blir kjenneteikna med at ein får klarlagt meiningar eller opplevingar, av personleg karakter, som ein ikkje kan bringe fram med tal eller statestikk. Forskinga blir meir basert på kjensler, ein kan gå i djupna, og få fram det særeigne og avvikande (Dalland, 2012). Eiga oppfatning er at dette synleggjer den personlege komponenten, noko som passar til tema for oppgåva, då det eksistensielle behovet er unik for den enkelte.

Gjennom studiet har eg hatt fleire gjevande samtalar med ulike menneske, og gjort meg nyttige erfaringar, observasjonar og refleksjonar. Desse erfaringane vil bli trekt inn i drøftingsdelen for å belyse ei tema, samt bidra til auka refleksjon og forståing hjå lesaren.

Uttalen til Olga Tvedt, prest i Kirkens bymisjon, som det blir referert til innleiingsvis, har eg fått personleg tillating til å nytte.

2.1 Søke- og utvalsprosess, forskning

Til å finne relevant forskning, av rett kvalitet, nytta eg forskingsdatabasen Academic Search Elite. Databasane Cinahl og Medline vart inkludert i søket. I tillegg er det utført eit søk i den nordiske artikkelbasen SveMed+. For å få tilgang til den mest oppdaterte forskinga avgrensa eg først søket til fem år. Ved manglande resultat auka eg til ti år.

Eg starta med søkeorda: *Palliative care, communication, spirituality*. Det vart gjort «search with AND», med resultat på 262 treff. Her fann eg artikkelen til Olsman m.fl. (Olsman, et al., 2014) og Malloy m.fl. (Malloy, Virani, Kelly, & Munèvar, 2010). Artikkelen til Olsman m.fl. belyser korleis kommunikasjonen mellom sjukepleiar og palliativ pasient kan betrast ved at sjukepleiar får klargjort kva ein legg i begrepet *håp*. Med den kvantitative artikkelen til Malloy m.fl. kan eg legge fram konkrete døme på kva sjukepleiarar synest er mest utfordrande i kommunikasjon med palliativ pasient.

Neste søk var med orda: *terminal, hope, palliative care, cancer*. Det vart valt «search with AND». Resultatet vart 9 treff. Øvst var artikkelen til Robinson (Robinson, 2012). Med artikkelen belyser eg kva håp for å finne ein helbredande kur kan bety for livskvaliteten til palliativ pasient. Artikkelen tar også for seg det etiske aspektet ved at helsepersonell bygger opp under eit urealistisk håp.

Neste søk var med orda: *Spirituality, cancer, quality of life, terminally ill, hospice*. Resultatet vart 23 treff. Med artikkelen til Maryjo (Maryjo, 2008) belyser eg behovet for kommunikasjon og viktigheita av nære personlege relasjonar, på slutten av livet.

Det er gjort utallige søk etter artiklar som fokuserar på det eksistensielle aspektet. Til dømes med søkeorda: *Palliative care, nursing, spirituality, cancer, quality of life, terminally ill*. Fleire artiklar utpeika seg som relevante i forhold til tematikk og alder. Imidlertid var mykje av forskinga retta mot populasjonen i Asia og Midtausten. Eg ser at ein bør være kritisk til resultat av studiar som er utført i andre land, eller blant pasientar med ein anna trusretning, då desse ofte ikkje kan overførast til norsk kultur og religion utan vidare. I ein kronikk i Tidsskrift for den Norske Legeforening (Magelssen & Fredheim, 2011) fann eg artikkelen til Norum m.fl. (Norum, Risberg, & Solberg, 2000) i referanselista.

Eg meiner denne har god relevans då ivaretaking av eksistensielle behov også kan omfatte ein åndeleg komponent hjå nokre pasientar. Artikkelen er 16 år gamal, men sjølv om den åndelege omsorga kan ha endra seg i seinare tid, så er innhaldet i den åndelege dimensjonen som kjent lik. Populasjonen i artikkelen er norsk, og religion og kultur, vurderar eg som meir vesentleg enn «ulempen» med alderen til artikkelen.

I søken etter ein forskingsartikkel av nordisk opphav, vart det gjort eit søk i SveMed+. Søkeorda *cancer* og *spiritual*, gav 16 treff. Artikkelen til Molnes (Molnes, 2015) belyser korleis sjukepleiar opplever å forhalde seg til åndelege aspekt ovanfor kreftpasientar. I tillegg er artikkelen norsk, og vi møter pasienten i kommunehelsetenesta.

2.2 Søke- og utvalsprosess, faglitteratur

Tyngda av relevant faglitteratur fann eg i pensumlitteratur, som Hummelvoll (2012), Nortvedt (2012), Røkenes og Hanssen (2012) og Renolen (2008). Desse inneheld tema som psykisk helse, sjukepleieetikk, kommunikasjon, og forståing av menneske sine tankar kjensler og åtferd. Det er også føretatt litteratursøk i databasen «Oria». Det vart nytta følgjande søkeord: *palliativ pleie, sykdom og mestring, håp, omsorg, kommunikasjon, åndelig omsorg*. Boka Intensivsykepleie (Gulbrandsen & Stubberud, 2015) har to kapittel av høg relevans, der viktige tema som kommunikasjon, eksistensielle behov og håp er samanfatta kort og presist. For å sette fokus på sentrale føringar og rammer, som Samhandlingsreforma, vart nettsider frå Regjeringen.no (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) inkludert. Til å underbygge påstandar vart statestikk henta frå Kreftregisteret.no (Kreftregisteret, 2015). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, belyser tema som kommunikasjon og åndelige utfordringar i palliasjon (Helsedirektoratet, 2015). Informasjon frå denne sida er vurdert til å ha betydeleg relevans, og er nytta i alle kapittel av oppgåva.

2.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk blir omtalt som å vurdere og beskrive den utvalte litteraturen (Dalland & Trygstad, 2012). Eg ser det som ein styrke at utvalt faglitteratur er av nyare dato og primært henta frå pensum. I arbeidet med å finne teori har det stadig vore konflikt mellom vurdering av alder opp mot relevans. Litteratur av eldre dato er i utgangspunktet ei svakheit, men noko er tatt med grunna høg relevans. Det har vore fokus på å nytte primærkjelder, då viktige budskap og nyansar kan mistolkast og forsvinne ved å gjere ei fortolking av fortolkinga (Dalland & Trygstad, 2012). Fem av seks forskingsartiklar er på engelsk, og det er tidvis nytta oversettingprogram. Dette kan være negativt då

mistolkingar kan oppstå. Samtidig har eg fått bistand frå godt språkkyndige som har gjennomgått samanfatningane mine frå desse artiklane.

Ved fleire tilfelle viser nettsida Helsebiblioteket (Helsedirektoratet, 2015) til at «det er gjort fleire studiar», utan å vise til kjelde direkte i teksten. Eg har likevel valt å tidvis nytte denne informasjonen, då eg anser Helsedirektoratet som ein påliteleg og truverdig organisasjon.

3 Teori

3.1 Eksistensielle behov

Eksistensielle behov omfattar individet sine grunnleggande verdiar, tankar om kva som gjev livet mening, kva som er meninga med livet og kva som skjer etter døden. For nokre er denne dimensjonen ei kraft, eller noko uforklarleg som er «større» enn seg sjølv, som trua på ein Gud. Ein kan ha eksistensielle behov sjølv om ein ikkje definerar seg som religiøs, men har tankar rundt meninga med eksistensen og undrast over universets mysterier. Andre kan ha eksistensielle behov, med fokus retta mot forholdet til seg sjølv, familie og vener. Dimensjonane kan «flyte over i kvarandre». Ein kan ha behov for nærleik til ei høgare makt, og sine kjære. Sjukepleiar bør være forsiktig, så ein ikkje påtvingar eksistensiell omsorg, eller ein form for eksistensiell omsorg, som ikkje samsvarar med pasienten sine verdiar, ynskjer og behov. Sjukepleiar skal også være klar over at eksistensielle behova kan endre seg under sjukdomsforløpet. Samstundes treng ikkje alle behov å bli imøtekomne til ei kvar tid (Gulbrandsen & Stubberud, 2015).

Fleire studiar viser til at eksistensielle spørsmål er av vesentleg betydning for den palliative pasienten (Helsedirektoratet, 2015). Studiar viser også at eit fleirtal av pasientane, uavhengig av livssyn, er opptekne av måten helsepersonell taklar deira eksistensielle utfordringar og behov på, når døden nærmar seg (Helsedirektoratet, 2015). Nokre eksistensielle behov gjer seg særleg gjeldande mot livets slutt – sjølv om pasient i liten grad har gjort seg tankar om dette tidlegare. Å få tilfredsstillende desse kan være ein viktig del av prosessen med å mestre situasjonen for pasienten (Torbjørnsen, 2014). I det følgjande har eg vektlagt å utdjupe eit av desse behova: Håp.

3.2 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (2001) har i sin teori lagt fokus på det unike menneske. Pasientar i situasjonar prega av stress eller krise, har behov for eksistensiell omsorg. Travelbee vektlegg at kommunikasjon er eit viktig verktøy for å møte pasienten sine behov, og for å oppfylle hensikt og mål med sjukepleien.

I følge Travelbee er empati eit viktig element i kommunikasjonen. Grunnlaget for å etablere eit menneske-til-menneske-forhold blir danna nettopp gjennom kommunikasjon (Travelbee, 2001).

Eksistensielle behov er personleg for dei fleste, mange er også sårbare på det feltet. Derfor trengst ekstra varsemnd og kunnskap om kommunikasjon med desse pasientane (Helsedirektoratet, 2015).

Relasjonen mellom pasient og sjukepleiar er av vesentleg betydning for kommunikasjonen. Ein kommentar med ein tydeleg bodskap kan i ein trygg relasjon bli tolka av pasient som omsorgsfull.

Same kommentar kan lett misstolkast, og bli oppfatta som til dømes sarkastisk, avvisande eller nedlatande, i ein dårleg relasjon (Røkenes & Hanssen, 2012). Kommunikasjon må derfor sjåast i samanheng med relasjon.

3.3 Relasjon

For å oppnå eit godt møte med pasient er det nødvendig at vedkommande opplever relasjon til sjukepleiar som trygg, god og styrkande. Det er sjukepleiar sitt ansvar å legge til rette for dette. For å oppnå ein god relasjon er det fleire personlege forhold sjukepleiar kan fokusere på: Eigen åtferd, haldningar, handlingsmåtar, manerar, skikk og stil. Ein skal være venleg, imøtekommande og interessert. Som ein profesjonell skal ein evne å vurdere om eins væremåte hindrar eller fremmar ein god relasjon (Røkenes & Hanssen, 2012).

I møte med pasient skal sjukepleiar opptre empatisk, noko som betyr at ein evnar å forstå - og sette seg inn i - det andre menneske sin emosjonelle tilstand. Ein bør forstå kjensler, oppleving og reaksjon, utan sjølv bli emosjonelt påverka. Ved å inneha empati kan sjukepleiar få nødvendig innsikt i pasienten sitt kjensleliv, som sjølvoppleving og sjølvkjensle (Røkenes & Hanssen, 2012).

3.4 Kommunikasjon

Sjukepleiar skal møte pasient som eit subjekt, eit medmenneske, og skal evne å forhalde seg til deira oppleving, kjensler, ynskjer og vilje (Røkenes & Hanssen, 2012). For å evne dette er det viktig å ha kjennskap til det grunnleggjande i all kommunikasjon og samhandling er dei fire perspektiva ein situasjon kan opplevast frå: Eigenperspektivet, andreperspektivet, det intrasubjektive opplevingsfellesskapet, og samhandlingsperspektivet. Den ytre ramma for kommunikasjonsprosessen har sitt utgangspunkt i den fysiske og sosiale omverda. Også her spelar den subjektive opplevinga ei viktig rolle. Korleis omverda opplevast, er forskjellig frå person til person. Som sjukepleiar forstår ein situasjonen ut i frå sin verkelegheitsforståing. Samtidig må ein forhalde seg til pasienten si oppleving av situasjonen, andreperspektivet. Gjennom samhandling

skapar sjukepleiar og pasient eit opplevingsfellesskap, eit felles samhandlingsrom, som er *vår* felles oppleving av situasjonen (Røkenes & Hanssen, 2012).

I kommunikasjon med pasienten er det vesentleg at sjukepleiar forsøker å forstå opplevinga pasienten har av sorg eller krise. Dette kan ein oppnå med ein empatisk haldning i samtalen (Renolen, 2008). I ein samtale prega av empati er det særskilt tre viktige forhold: Å lytte, å forstå og være anerkjennande. For å lytte empatisk må ein gløyme eigne fortolkingar og førestillingar ein har om den andre sine opplevingar, og «gå inn» i den andre si verd. Empatisk forståing kan sjukepleiar mellom anna vise ved å gjenta den oppfatninga ein har av personen si oppleving. Dette framfor å drive vidare utspørjing. Slik viser ein interesse, samtidig som ein kan få bekrefta om forståinga er korrekt. Pasientar som har opplevd å bli møtt med god hjelp, gjev ofte uttrykk for at sjukepleiar var nær på ein ekte og menneskeleg måte (Røkenes & Hanssen, 2012).

3.5 Styrke ein oppleving av håp

I livets siste fase kan pasienten oppleve situasjonen som håplaus og fortvilande. Ei oppleving av håp kan fremme livslyst og meistring (Torbjørnsen, 2014), og gje styrke til å halde ut i sjukdom og liding (Hummelvoll, 2012). Sjukepleiar kan ha samtale med pasienten for å tilføre, eller styrke, ei oppleving av håp. Håp kan være ei kjensle av noko ein ynskjer skal la seg realisere, ei kjensle av det moglege. Det kan innebere noko gledeleg å sjå fram til, eller noko å stole på. Sjukepleiar kan også auke opplevinga av håp ved å være tilgjengeleg for pasient, vise seg kompetent og villig til å hjelpe når det trengs. Oppleving av håp kan aukast gjennom tilgjengelegheit, medkjensle og forståing. Sjukepleiar kan også tilføre håp ved å informere om pleietiltak og smertelindring som kan gje symptomlette og auke livskvalitet, til dømes i form av betre nattesøvn, eller samvær med familie og vener (Gulbrandsen & Stubberud, 2015). Sjukepleiar kan ubevisst svekke håpet til pasienten. Største risikoen for dette er ved måten informasjon blir formidla (Renolen, 2008). Sidan behovet for eksistensiell omsorg kan variere over tid, må dette stadig være eit fokus for sjukepleiar (Helsedirektoratet, 2015).

Etter kvart som sjukdommen utviklar seg, og pasienten innser realiteten, kan håpet endre seg. Pasient som tidlegare hadde håp om livsforlengande behandling, kan endre sitt håp til styrking av relasjonelle forhold (Gulbrandsen & Stubberud, 2015). Håp om møter og samvær med familie og vener blir ofte sterkare, og håp om at andre stiller opp og gjev støtte kan få auka betyding (Renolen, 2008).

3.6 Etikk

Autonomiprinsippet

Etiske prinsipp i sjukepleien står sentralt i ivaretakinga av menneskeverdet. Autonomiprinsippet bygger nettopp på menneskeverdet. Ein skal sjå mennesket som eit individ med rett til å bestemme over seg sjølv. I dette ligg ein rett til å bli involvert i prosessar som omhandlar seg sjølv, og retten til å bestemme over korleis eigen behandling og pleie skal leggast opp. Menneske skal anerkjennast som eit individ med evne til kritisk refleksjon over eigen situasjon (Nortvedt, 2012).

Yrkesetiske retningslinjer

Dei yrkesetiske retningslinjene til Norsk sykepleierforbund beskriv god sjukepleiepraksis, der sjukepleiar utøver god profesjonsetikk mellom anna ved å understøtte håp, meistring og livsmot hjå pasienten. Sjukepleiar forpliktar seg til å ivareta den enkelte pasient sitt behov for ei heilheitleg omsorg, og beskytte mot krenkande handlingar. Ved å gje tilstrekkeleg informasjon, og tilpasse denne, kan sjukepleiar fremme pasienten sin moglegheit til å ta sjølvstendige avgjersler (Rådet for sykepleieetikk, 2011).

Empowerment

Modellen om Empowerment vart først lansert i Ottawa-chartret. Den bygger opp under betydninga av det enkelte menneske sin verdi. Mennesket skal bli opplyst og få god innsikt i sin eigen helsesituasjon, samt få vite kva som finst av moglegheiter og alternativ for behandling. På bakgrunn av dette skal ein få fatte avgjersle om forhold som råkar eiga liv og helse, på eit sjølvstendig frivillig grunnlag. Helsepersonell pliktar å støtte opp under individet sine val. Dette kan ein gjere ved å stimulere personen sin autonomi og sjølvaktning (Hummelvoll, 2012).

3.7 Presentasjon av forskning

Beyond Bad News. Communication skills of nurses in palliative care (Malloy, et al., 2010)

I denne kvantitative studien vart 333 sjukepleiarar rekruttert for å synleggjere kva dei synest er mest utfordrande i sin kommunikasjon med pasientar. Funn viser at vanskelege tema i kommunikasjon er: Å diskutere dårlege nyheiter med pasientar. Å snakke med leger om utfordringar i den palliative omsorga. Å diskutere åndelege bekymringar med pasientar.

Studien konkluderar med at eigenskapane sjukepleiar har til kommunikasjon er avgjerande for å sikre ein god og heilheitleg omsorg. Samtidig treng også sjukepleiarar støtte i samband med «tunge» samtalar med pasientar.

Improving communication on hope in palliative care. A qualitative study of palliative care professionals' metaphors of hope: grip, source, tune, and vision (Olsman, et al., 2014)

I denne kvalitative studien får 64 forskjellige fagpersonar i palliasjon, lagt fram ulike metaforer på begrepet håp. Ved at deltakarane må ta stilling til kva som er deira metafor og perspektiv på håp, skal kvar enkelt få klarlagt sitt individuelle perspektiv på dette begrepet.

Funn i studien viser at bevisstgjerjing av kva ein legg i begrepet *håp* vil gje helsepersonell auka forståing for begrepet, og med det gi betre kommunikasjonsferdigheiter når dei skal hjelpe den palliative pasienten til å finne *sitt* håp.

Understanding the Meaning of Social Well-Being at the End of Life (Maryjo, 2008)

Åtte palliative kreftpasientar i alderen 35-75 år, vart intervjuet for å finne ut kva som kan gi velvære og livskvalitet, i palliativ fase.

Funn i studien viser at deltakarane uttrykkjer viktighet av nære personlege relasjonar på slutten av livet. Deltakarane følte behov for å få kommunisert sin kjærleik og takksemd, til sine nære. Alle deltakarane meinte at personlege relasjonar blei styrka når dei erfarte å være nær døden. Sjukepleiarar kan støtte palliative pasientar ved å få forståing for kva sosiale relasjonar har å bety ved slutten av livet. Mellom-menneskelege forhold, mellom pasient og eins nære, kan forsterkast ved at sjukepleiar aukar pasientane sin bevisstheit til sine relasjonar, og samtidig oppmuntre pasientane til å uttrykke denne betydinga.

«Our best hope is a cure». Hope in the context of advance care planning (Robinson, 2012)

Denne kvalitative studien frå Canada rekrutterte seks deltakarar som alle hadde ein alvorleg form for lungekreft, og var ein del av eit palliative omsorgsprogram. Undervegs i studien kom det fram at spesielt håp om ein helbredande kur bidrog til auka livskvalitet for mange av deltakarane.

Studien viser til at eit palliativt omsorgsprogram kan ha god verknad også der pasientar ber på håpet om ein helbredande kur. Vidare viser studien til at helsepersonell som byggjer opp under eit «urealistisk» håp, ikkje nødvendigvis handlar i konflikt med prinsippet om ein sannferdig kommunikasjon med pasient. Det blir derimot understreka at det er klinisk signifikant at vi som helsepersonell skal støtte pasient, og eventuelt pårørande, sitt håp sjølv som vi ser det som urealistisk. Dette så lenge håpet bidreg til at pasient og familie kan få auka sin livsglede.

Sammen går vi døden i møte (Molnes, 2015)

I denne kvalitative studien deltok ti sjukepleiarar. Hensikta var å sjå nærmare på korleis sjukepleiar, i den norske heimetenesta, opplever heimedød og kreftpasientar sitt åndelege behov.

Funn i studien viser mellom anna at verken pasient eller sjukepleiar i særleg grad tok initiativ til å samtale rundt åndelege og eksistensielle spørsmål. Fleire av deltakarane meinte det vart for personleg og nært å gå inn på slike tema. Likevel såg sjukepleiarane nytten med å saman reflektere rundt det eksistensielle. Studien konkluderar med at det er avgjerande at sjukepleiar innehar kompetanse, trygghet, mot, erfaring og etisk innsikt, for å imøtekomme også dei psykiske, eksistensielle og åndelege behova, som pasientar kan ha i palliativ fase. Det er sjukepleiar som må ta initiativ til desse samtalanene, og må være trygg på seg sjølv i møte med pasienten.

Faith among patients with advanced cancer. A pilot study on patients offered «no more than» palliation (Norum, et al., 2000)

Ein kvalitativ norsk studie, med hensikt å klargjere palliative pasientar si haldning til tru. 20 pasientar, i alder 37-74 år, alle med uhelbredeleg kreft, deltok. Bakgrunnen for studien er det faktum at å bli diagnostisert med kreft ikkje berre utfordrar fysiske aspekt ved eit menneske, men like fullt dei kjenslemessige og åndelige dimensjonane. Spesielt ved dårlege prognosar med smerte og lidning, der livskvaliteten blir redusert, kan ein stille seg spørsmål med meininga med livet.

Funn viser at dei fleste pasientane (ni av ti) er positive til at helsepersonell tar opp spørsmålet om tru. Spørsmål om ein ynskjer oppfølging av åndelege behov bør komme opp som ein del av behandlingssopplegget. Imidlertid bør ein utvise varsemnd så temaet ikkje skremmer pasientane. For enkelte kan fokuset føre til auka grad av angst.

4 Drøfting

Helsedirektoratet (2015) viser til at kreftpasientar utgjer ei betydeleg gruppe av dei som mottar palliativ pleie. Det er allment kjent at kreft ikkje alltid lar seg ikkje kurere, og mange pasientar mottar meldinga med sjokk. Brevet frå poliklinikken kan ha ein klar bodskap om at det er lindrande behandling som blir alternativet, og at vidare oppfølging skal skje i kommunehelsetenesta. Dette illustrerar også ein situasjon frå min første dag i praksis i heimetenesta. Vi kom inn på kjøkkenet til eit menneske som sat med brevet i hendene. Ansiktet var mimikklaust og grått. Vi sette oss ned ved kjøkkenbordet, og eg kjende det var greit at eg «berre» var student i denne situasjonen. Det var stilt

rundt bordet, men vi skjønnte at det ikkje var fysiske problem som var gjeldane. Plutselig snudde denne personen seg mot meg og strakte fram brevet; «her er dødsdommen min», sa ho gråtande. Eg fekk ikkje sagt stort. Kjensla av å ikkje strekke til var forferdeleg. Eg opplevde pasienten som å være i ein tilstand prega av sjokk eller krise, og hadde truleg også behov for eksistensiell omsorg. Dette pasientmøte er sentralt i drøftingsdelen. Korleis burde denne pasienten bli møtt og ivareteken?

«Korleis kan sjukepleiar ivareta eksistensielle behov hjå den palliative pasienten».

4.1 Eksistensielle behov, det har med livet å gjere

Joyce Travelbee (2001) viser til at pasientar som er i ein situasjon prega av stress eller krise, har behov for eksistensiell omsorg. Samtidig viser Molnes (2015) til at ofte tar verken pasient eller sjukepleiar initiativ til å samtale om eksistensielle spørsmål i den palliative fasen. Molnes viser til at det er sjukepleiar sitt ansvar å ta initiativ til desse samtalane, og at det er særskilt viktig å være trygg på seg sjølv i møte med desse pasientane. Forskingsartikkelen til Malloy m.fl. (2010) viser at eit konkret tema sjukepleiar synest er utfordrande i sin kommunikasjon med pasient er nettopp å diskutere pasienten sine åndelege bekymringar. I pasientsituasjonen i heimetenesta, og også andre situasjonar, har eg kjent på det som kan tenkast at fleire sjukepleiarar opplever som vanskeleg: Å være usikker og lite fortruleg med temaet, grunna manglande erfaring og kompetanse på området. Eller at ein sjølv ikkje har eit avklart forhold til eksistensielle spørsmål og religion. I sin konklusjon viser Molnes (2015) nettopp til at det er avgjerande at sjukepleiar innehar kompetanse, tryggleik, mot, erfaring og etisk innsikt for å ivareta dei eksistensielle og åndelege behova. Eg har fleire gangar kjent det vanskeleg å ta opp slike personlege spørsmål i redsel for å sei noko som kan såre pasienten, og øydelegge tillit og relasjon. Dette samsvarar også med funn i forskinga til Molnes (2015), der fleire sjukepleiarar tykte det vart for nært og personleg å gå inn på slike tema. Ut i frå egne erfaringar har eg av og til tenkt at pasient truleg ikkje ynskjer å samtale om dette temaet. Imidlertid viser forskning utført av Norum m.fl. (2000) at dei aller fleste pasientane er positive til at sjukepleiar tar opp spørsmålet om eksistensielle forhold, som tru. Personleg trur eg at ein del av årsaken til at sjukepleiar ofte kvir seg på å samtale om eksistensielle forhold er at mange smeltar saman definisjonane på eksistensielle- og åndelege behov. Dersom fleire sjukepleiarar hadde hatt kjennskap til at eksistensielle behov er eit omgrep som spenner vidare enn primært Gudstru og religion, så hadde kanskje fleire følt seg trygg nok til å ta opp desse spørsmåla. Kanskje kunne ei betre forståing av omgrepet medført at fleire hadde auka sin kompetanse rundt dette temaet.

Om pasientar så viser til behov for eksistensiell omsorg, korleis møter ein dette behovet?

Gulbrandsen og Stubberud (2015) framhevar at det eksistensielle behovet er unikt frå person til person. Eg trur sjukepleiar kan bevisstgjere pasient på dette, ved å hjelpe vedkommande til å «kjenne etter», og forsøke å sette ord på «sitt» behov. Ein kreftsjukepleiar fortalte meg sine erfaringar om kor forskjellig pasientane sine eksistensielle behov kan fortone seg: For ein pasient kan det vere tilstrekkeleg med psykososiale tiltak, som å tilbringe tid med familie og vener, og ha ein lett og uformell tone. Ein annan pasient kan ha behov for åndeleg omsorg, som møte med prest for song, opplesing av religiøse tekstar, åndeleg støtte eller hjelp til å tilgje.

Gulbrandsen og Stubberud (2015) poengterar at ein skal vise aktsemd så ein ikkje påtvingar ein form for eksistensiell omsorg som pasienten ikkje ynskjer. Eg ser det som vesentleg at sjukepleiar aldri «brukar» eiga tru, eller overbevising, ovanfor eit menneske som kan vere i ein desperat, søkande eller sårbar situasjon. Dette er ei krenkande handling ovanfor pasientens autonomi. I si skildring av autonomiprinsippet poengterar Nortvedt (2015) mennesket sin rett til sjølvbestemming, herunder korleis eiga pleie og behandling skal leggst opp. Norum m.fl. (2000) viser i sin forskingsartikkel at temaet kan skremme pasientane, og for enkelte kan fokuset føre til auka grad av angst. Det er såleis mogeleg at nokre pasientar kan få auka grad av redsle og angst om dei opplever at ei høgare makt vil setje eiga tru på prøve, eller at smerta dei kjenner er straff frå ei høgare makt.

4.2 Betydinga av ein god relasjon

Røkenes og Hanssen (2012) viser til at det er viktig med gode relasjonar mellom sjukepleiar og pasient: Ein god relasjon betyr så mykje at den overgår det som sjukepleiar konkret seier og gjer. Gjennom dei ulike praksisperiodane har fleire sjukepleiarar vist seg som gode rollefigurar gjennom sin relasjon til pasientane. Dei har respekt, glimt i auge og ofte treffande kommentarar. Som student gledde ein seg særleg til desse vaktene i heimetenesta, fordi ein såg kva positiv påverknad desse menneska hadde på pasientane. Eg har opplevd at pasientar som føler seg trygge i relasjonen med sjukepleiar har lettare for å «seie det som det er». Det gjev ei god kjensle å forlate ein pasient som gjev uttrykk, verbalt- eller non-verbalt, for å fått tilfredsstilt sine ynskjer og behov.

Eg har også erfart at ein palliativ pasient som fekk komplikasjonar i tillegg til primærsjukdom, ikkje såg på dette som utelukkande negativt. Dette fordi vedkommande opplevde ein god relasjon til sjukepleiar, og gjennom ekstra heimebesøk fekk pasienten tilfredstilt sine psykososiale behov.

Røkenes og Hanssen (2012) viser til at ein sjukepleiar som meistrar å samhandle med pasientar, ser om eiga framferd fremmar eller hindrar ein god relasjon. Sjølv har eg også opplevd konsekvensar av ein dårleg relasjon mellom sjukepleiar og pasient. Dette fører ofte til kommunikasjonsvikt, og min

erfaring er at det er dei praktiske gjeremål og behov som blir prioritert på desse besøka. Røkenes og Hanssen (2012) viser til at det er sjukepleiar, som profesjonell, sitt ansvar å legge til rette for ein trygg, god og styrkande relasjon.

Det er kjent at enkelte pasientar kan opplevast meir utfordrande å samhandle med enn andre, uvilkårleg av sjukepleiar. Det er også kjent at sjukepleiar ofte har hektiske dagar, høgt press og lite tid til å hente seg inn igjen mellom kvar pasient. Eg har forståing for at det kan være vanskeleg for sjukepleiar å være like profesjonell i kvar situasjon. Min påstand er likevel at ein aldri skal gløyme at det er ein grunn til at dette menneske treng hjelp og oppfølging. Eg ser at pasienten er i ein sårbar situasjon og kan lett få ein negativ påverknad av sjølvkjensla. Nortvedt (2012) viser til at omsorga ein gjev skal være ekte og spontan og inkludere medkjensle i møte med kvar enkelt pasient. Det blir også stilt klare krav til profesjonstenesta vår, blant anna gjennom dei yrkesetiske retningslinjene. Rådet for sykepleieetikk (2011) viser mellom anna til at sjukepleiar skal fremme livsmot hos pasient, og beskytte mot krenkande handlingar. Eg ser det som at ein lite gjennomtenkte kommentar, å le i feil anledning, eller ha eit unødvendig høgt toneleie, kan opplevast like krenkande for pasientar som eit hardt grep i overarmen eller å bli halden i ro med tvang. Ein pensjonert sjukepleiar sa ein gong at ein pasient som kjenner seg hjelpelaus, ubrukeleg og redd, aldri vil vere i posisjon til å føle livsmot.

4.3 Kommunikasjon, meir enn berre ord

Travelbee (2001) framhevar kommunikasjon som elementert for å oppnå eit menneske-til-menneske forhold mellom sjukepleiar og pasient. Malloy m.fl. (2010) viser i sin studie til at sjukepleiar sine evner til å kommunisere er avgjerande for å oppnå ein heilheitleg omsorg.

For å ivareta pasienten sine eksistensielle behov ser eg også betydinga av at sjukepleiar evnar å tolke det pasienten kommuniserar både verbalt og non-verbalt. Travelbee (2001) framhevar nettopp at god kommunikasjon er avgjerande for å oppnå hensikta med sjukepleien. Eigne praksiserfaringar har vist at det lett kan skje misforståingar i ein travel kvardag i heimetenesta. Sjukepleiar kan bli møtt av ein pasient som gjennom ord eller veremåte gjev uttrykk for irritasjon. Sjukepleiar kan på si side vise irritasjon ovanfor pasient, grunna at pasient er lite samarbeidsvillig eller klagar over forhold som sjukepleiar ser som uvesentleg. Røkenes og Hanssen (2012) viser til fireperspektivmodellen som hjelpemiddel i kommunikasjon. I vår kommunikasjon med den palliative pasienten ser eg det som særskilt viktig at vi har fokus på andreperspektivet i denne modellen. Eg har opplevd at sjukepleiar kan ta det personleg, eller bli irritert over at pasienten seier at han helst venta ein annan sjukepleiar skulle kome, eller at prosedyren ikkje vart utført tilstrekkeleg. Om sjukepleiar set seg inn i pasienten sin subjektive oppleving av situasjonen er det lettare å forstå at irritasjonen kan komme av at

pasienten kan føle seg sårbar og utrygg i møte med nye sjukepleiarar, at ein opplever tilstanden som privat, og at det kan være belastande å stadig fortelje sjukehistoria til nye menneske.

Helsedirektoratet (2015) viser til at eksistensielle behov er personleg for dei fleste, og at mange er ekstra sårbare på dette området. Utover dette tenker eg at irritasjon hjå pasient kan skjule ei redsle for komplikasjonar som kan oppstå av at pleia ikkje blir utført tilstrekkeleg. Samtidig kan det også være ei bønn om hjelp.

Mitt syn er at sjukepleiarar som evnar å sjå pasienten sin subjektive oppleving kan uttrykke større forståing i sin kommunikasjon med pasientar. Samtidig ser eg at ivaretaking av eksistensielle forhold kan krevje noko meir av sjukepleiar sin kommunikasjon enn det fireperspektivmodellen legg opp til. Dette bekreftar også Helsedirektoratet (2015) når dei opplyser at det trengs ekstra varsemnd og kunnskap om kommunikasjon i møte med pasientar som har eksistensielle behov. Travelbee (2001) vektlegg at sjukepleiar skal ha empati i sin samtale med pasientar. Eg har erfart at pasientar kan oppleve det vanskeleg å samtale om emosjonelle forhold. Samtidig har fleire pasientar i ettertid sagt at det kjendest godt å få setje ord på kjenslene, når dei opplevde å bli forstått og anerkjent. Røkenes og Hanssen (2012) viser til at pasientar som har opplevd god hjelp ofte gjev uttrykk for at sjukepleiar var nær på ein ekte og menneskeleg måte, noko eg ser som grunnleggande i ein empatisk samtale.

4.4 Håp, ei kjelde til meining i livet

I det nasjonale handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorga viser Helsedirektoratet (2015) til at håp fremmar livslyst. Hummelvoll (2012) beskriv håp som ei kjensle av det mogelege, noko gledeleg å sjå fram til. Olsman m.fl. (2014) viser i sin studie at helsepersonell som blir bevisstgjort på kva dei sjølve legg i begrepet håp kan få auka sin forståing og i større grad kunne hjelpe den palliative pasienten til å styrke sitt håp. Eg tenker at sjukepleiar kan prøve å definere sitt håp for framtida slik livet artar seg no, og håp for framtida om ein sjølv vart alvorleg sjuk. Dette kan kanskje bidra til at sjukepleiar kan få fram ulike sider og betydingar av sitt håp, alt etter situasjon. Molnes (2015) viser til at ved å belyse temaet saman med kollegaer og familie kan sjukepleiarar saman få ein større forståing av omgrepet.

Gulbrandsen og Stubberud (2015) viser til at gjennom samtale kan sjukepleiar hjelpe pasient til å hente fram, og sette ord på håp for tida som kjem. Sjølv har eg opplevd at dei mest gjevande samtalane med pasient kan være i stellsituasjonar. Eg har erfart at gjennom fysisk berøring og stell kan pasientar oppleve auka grad av ro, blir lettare til sinns og nokre gjev uttrykk for å gløyme den belastande kroppen, for ei stund. Eg tenker at dette kan være ein naturleg anledning til stimulere pasientar til å definere sitt håp, då ein positiv situasjon kan fremje positive tankar.

I praksis har eg opplevd at palliative pasientar kan gje tydeleg uttrykk for at dei ikkje ynskjer å fokusere på- eller definere sine eksistensielle behov. Nokre ynskjer ikkje å samtale om personlege forhold i det heile, og kan oppfattast som inneslutta. Mi oppfatning er at dei kan ha særskilt behov for å få inkludert den eksistensielle komponenten i sin pleie og omsorg. Eg meiner samtidig at sjukepleiar som tar opp dette tema utan pasienten sitt ynskje handlar på bekostning av autonomiprinsippet (Nortvedt, 2012). Likevel kan sjukepleiar fremme håp gjennom sin daglege pleie og omsorg, utan å setje direkte fokus på tema. Gulbrandsen & Stubberud (2015) viser til at sjukepleiar kan stimulere opplevinga av håp gjennom handlingar og veremåte. Til dømes ved å være tilgjengeleg, vise handlekraft, respektfull framferd, ærlegdom, og god informasjon. Samtidig ser eg det viktig at sjukepleiar viser seg løysingsorientert og villig til å prøve ulike metodar for å oppnå ein god smertelindring.

Helsedirektoratet (2015) viser til at den eksistensielle omsorga kan endre seg undervegs i sjukdomsforløpet. Det er viktig å reflektere over korleis sjukepleiar bør opptre når pasientar tilkjennegev å ha eit urealistisk håp. Det kan vere at sjukepleiar kan trenge ein optimistisk, men samtidig realistisk haldning til håp. Ein kan tenkje at pasientar som viser til eit klart urealistisk håp kan trenge ein realitetsorientering. Samtidig kan det vere at pasientar veit kva som er realiteten men ikkje ynskjer å uttrykkje det. Renolen (2008) viser til at største faren for ubevisst å svekke håpet hos pasientar, er gjennom måten informasjonen blir formidla på. Eg vil hevde at det under slike omstende er særskilt viktig at sjukepleiar har tenkt igjennom korleis informasjonen blir formidla, både verbalt og ikkje minst kva ein uttrykker non-verbalt. Eg ser det som vesentleg for korleis pasient mottar denne realitetsorienteringa at sjukepleiar samtidig vektlegg at ein saman kan forsøke å finne alternative forslag til håp, som pasienten godtar, og som framleis kan fremje glede og livslyst.

I sin studie fann Robinson (2012) at håp om ein helbredande kur var noko som gav auka livskvalitet til palliative pasientar. Robinson viser til at helsepersonell kan støtte opp under pasient sitt urealistiske håp, utan at dette kjem i konflikt med etiske prinsipp. Auka livsglede for pasient og pårørande skal i følge Robinson kome i første rekke. I møte med pasient hadde eg sjølv kjent på det etiske dilemmaet om vedkommande ein morgon sa at ho hadde lest seg opp på ein kur som ho var overtydd om at ville kurere sjukdommen. Dette kunne vore første gong ein såg ho smile og ha det fint. Skulle eg ha brote gleda? Skulle eg gleda med saman med ho, eller overhøyr det? Heldigvis er det fleire etiske prinsipp og retningslinjer ein kan støtte seg til for å ta eit trygt val. Nortvedt (2012) gjer i sin definisjon av autonomiprinsippet klart at menneske skal anerkjennast som eit individ med evne til kritisk refleksjon over eigen situasjon. Eg ser at å støtte opp under eit urealistisk håp kan svekke pasienten sin rett til sjølvbestemming. I sin skildring av Empowerment-modellen poengterar også Hummelvoll (2012) verdien til det enkelte menneske: Pasientar har rett på å bli opplyst og få god innsikt i eigen

helsesituasjon. Ein kan også finne støtte i dei yrkesetiske retningslinjene. Rådet for sykepleieetikk (2011) gjer det klart at sjukepleiar pliktar å gje pasienten tilstrekkeleg og tilpassa informasjon, slik at ein kan ta sjølvstendige val. Eg ser det truleg at ein pasient som blir realitetsorientert vil endre sine prioriteringar og val for den siste tida. Til dømes ved å prioritere tid med familie eller nyte gode dagar i naturen, framfor å bruke tid, pengar og energi på tiltak som truleg ikkje vil hjelpe. Eg ser at eit urealistisk håp *kan* glede. Men eg ser også at det er eit falskt håp, og gleda vil truleg bli kortvarig. Sannsynlegvis vil det medføre ytterlegare sorg når realitetane etter kvart går opp for pasienten. Kanskje vil ikkje pasienten komme over dette nederlaget før døden inntreffer. Min vurdering er at det då er betre at tida blir fylt med reelle håp, som heller gjev kvardagen små glimt av gleder og oppmuntring.

Gulbrandsen og Stubberud (2015) fortel at håpet kan få endra betyding for pasientar som innser at livet går mot slutten. Renolen (2008) viser til at i den siste tida vil ofte håp om møte og samvær med dei som står ein nærast få auka betyding. Funn i forskinga til Maryjo (2008) underbyggjer dette. Maryjo viser til at samtlege av deltakarane i studien hans opplevde å få styrka sine personlege relasjonar når dei erfarte å være nær døden. I praksis har eg opplevd å høyre rungande latter frå stova der pasient og pårørande var samla på det siste. Eg har også erfart at mange pasientar sørger over å måtte forlate sin kjære. Det har gjort inntrykk å overvære at pasientar som gjennom sjukdomsforløpet har bore på håp om å få tilbringe tid med sine næraste på det siste, får dette oppfylt. Samtidig har ein også sett at det ikkje er alle pasientar som har inkludert eit håp om å styrke sine familiære relasjonar på det siste. Årsakene til dette kan være ulike, og som sjukepleiar skal ein respektere dette utan å be pasientar om å utdjupe sitt val. I sin artikkel viser Maryjo (2008) til at sjukepleiar kan oppmuntre den palliative pasienten til å uttrykke kva familie og vener betyr for ein. På den andre sida skal ikkje sjukepleiar vere heilt ukritisk til dette, då dette kan verke mot sin hensikt og i enkelte tilfelle svekke personlege relasjonar på det siste.

5 Konklusjon

Til tross for at pleie og omsorg til alvorleg sjuke og døande er ein naturleg del av sjukepleiar sin arbeidskvardag viser det seg at mange sjukepleiarar opplever det utfordrande å ivareta pasientane sine eksistensielle behov.

Dei yrkesetiske retningslinjene stiller krav om at sjukepleiar skal forplikte seg til å ivareta den enkelte pasient sitt behov for ein heilheitleg omsorg, mellom anna ved å understøtte håp. Likevel tyder

mykje på at pasienten sine eksistensielle behov ikkje blir ivaretatt i tilstrekkeleg grad, verken i den palliative pleia eller i helsevesenet forøvrig.

Funn i oppgåva viser at dei fleste pasientane føler det positivt at sjukepleiar tar opp spørsmål om eins eksistensielle behov. Om pasienten ynskjer det bør ivaretaking av desse behova være ein del av behandlingsopplegget.

Ved å sette fokus på den eksistensielle komponenten i mitt val av tema har eg utfordra meg sjølv på den delen av omsorga eg har følt meg mest usikker på i møte med pasient, gjennom heile studiet. Ved å arbeide med denne oppgåva har eg sjølv vert gjennom ein personleg prosess og teke stilling til eigne eksistensielle behov, og mitt forhold til døden. Eg føler meg på langt nær utlærd, men har fått auka mitt fokus og interesse for tema. Med tida vil eg nok fordjupe meg vidare i dette. Kunnskapen skal få komme pasienten til gode.

Bibliografi

- Dalland, O. (2012). Den litterære oppgaven. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (ss. 223-231). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2012). Hva er metode. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (ss. 111-122). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (ss. 63-81). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Gulbrandsen, T., & Stubberud, D.-G. (2015). Livets slutfase. I T. Gulbrandsen, & D.-G. Stubberud, *Intensivsykepleie* (ss. 311-325). Oslo: Cappelen Damm .
- Gulbrandsen, T., & Stubberud, D.-G. (2015). Pasientens psykososiale behov. I T. Gulbrandsen , & D.-G. Stubberud, *Intensivsykepleie* (ss. 77-115). Oslo: Cappelen Damm.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009, Juni 19.). *Regjeringen.no*. Hentet fra St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen— Rett behandling – på rett sted – til rett tid:
https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?q=samhandlingsreformen&ch=1#match_0
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, Mai 07). *Regjeringen.no*. Hentet fra Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Helsedirektoratet. (2015, 03 26). *Helsebiblioteket.no*. Hentet fra Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen :
<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/forord>
- Hummelvoll, J. (2012). Helsefremmende og forebyggende aspekter i psykisk helsearbeid. I J. Hummelvoll, *Helt - ikke stykkevis og delt* (ss. 583-601). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hummelvoll, J. (2012). Psykiatrisk sykepleie som fagområde. I J. Hummelvoll, *Helt - ikke stykkevis og delt : Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (ss. 23-50). Oslo: Gyldendal Akademisk .
- Hummelvoll, J. (2012). Recovery og bedringsorientert omsorg. I J. Hummelvoll, *Helt - ikke stykkevis og delt : Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (ss. 55-80). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kreftregisteret. (2015, 12 14). *Kreftregisteret.no*. Hentet fra Cancer in Norway 2014:
<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/Cancer-in-Norway-2014/>
- Magelssen, M., & Fredheim, O. S. (2011, Januar 21). *Tidsskrift for Den norske Legeforening* . Hentet fra En åndelig dimensjon er viktig for mange pasienter:
<http://tidsskriftet.no/article/2067137#reference-3>
- Malloy, P., Virani, R., Kelly, K., & Munèvar, C. (2010). Beyond bad news : Communication skills of nurses in palliative care. *Journal of hospice and palliative nursing*, Vol 12, nr. 3.
- Maryjo, P.-P. (2008). Understanding the meaning of social well-being at the end of life.. *Oncology Nursing Forum* , 365-371.
- Molnes, S. (2015). Sammen går vi døden i møte. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* , 141-152.

- Nortvedt, P. (2012). Begreper, teorier og prinsipper. I P. Nortvedt, *Omtanke* (ss. 36-59). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Norum, J., Risberg, T., & Solberg, E. (2000). Faith among patients with advanced cancer. A pilot study on patients offered "no more than" palliation. *Support Care Cancer*, 110-114.
- Olsman, E., Duggleby, W., Nekolaichuk, C., Willems, D., Gagnon, J., Kruizinga, R., & Leget, C. (2014). Improving communication on hope in palliative care. A qualitative study of palliative care professionals' metaphors of hope: grip, source, tune, and vision. *Journal of Pain and Symptom Management*, 831-838.
- Renolen, Å. (2008). Helse, stress og mestring. I Å. Renolen, *Forståelse av mennesker : innføring i psykologi for helsefag* (ss. 129-154). Bergen: Fagbokforlaget.
- Renolen, Å. (2008). Kriser og krisehåndtering. I Å. Renolen, *Forståelse av mennesker : innføring i psykologi for helsefag* (ss. 163-183). Bergen: Fagbokforlaget.
- Robinson, C. A. (2012). 'Our best hope is a cure.' Hope in the context of advance care planning. *Palliative & Supportive Care*, 75-82.
- Røkenes, O., & Hanssen, P.-H. (2012). Relasjonskompetanse og kommunikasjon. I O. Røkenes, & P.-H. Hanssen, *Bære eller bryte : Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (ss. 9-44). Bergen: Fagbokforlaget.
- Røkenes, O., & Hanssen, P.-H. (2012). Samhandling i yrkesrollen. I O. Røkenes, & P.-H. Hanssen, *Bære eller bryte* (ss. 241-290). Bergen: Fagbokforlaget.
- Røkenes, O., & Hanssen, P.-H. (2012). Å forstå den andre. I O. Røkenes, & P.-H. Hanssen, *Bære eller bryte* (ss. 177-209). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rådet for sykepleietikk. (2011, 01 01). *NSF.no*. Hentet fra Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Torbjørnsen, T. (2014). Ritualer og åndelig omsorg. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. Hylén Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (ss. 538-547). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .