



Høgskulen på Vestlandet

SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	23-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	07-06-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sykepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 153

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 6995

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 45

**Andre medlemmer i
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Er du modig nok?

Are you brave enough?

153 Christine Mathisen Haugland

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)

Veileder: Liudmila Solenova

Innleveringsdato: 7/6 – 2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Gud, gi meg sinnsro til å akseptere de ting
jeg ikke kan forandre,
mot til å forandre de ting jeg kan,
og forstand til å se forskjellen

«Sinnsrobønnen» av Reinhold Niebuhr

Sammendrag

Tittel

«Er du modig nok?»

Bakgrunn for valg av tema

Nasjonale føringer og norsk helsetjeneste tilstreber at pasienter skal få dø hjemme om ønskelig. Dersom antall kreftsyke fortsetter å øke, vil sykepleiere i hjemmesykepleien måtte rette større fokus mot palliative pasienter i hjemmet. Dermed vil et av kompetansekravene være å jobbe mot tilfredsstillende kommunikasjon i relasjoner mellom pasient og sykepleier. For noen år tilbake døde min venninne av kreft. Hun hadde et spørsmål som gjorde en sykepleier ille berørt. Det har fått meg til å tenke mye på en sykepleiers fremtoning i møte med døende pasienter.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier imøtekomme åndelige behov hos døende pasienter?

Metode

Dette er en litteraturstudie basert på eksisterende litteratur og 5 forskningsartikler. Gjennom oppgaven er pensum, forskningsartikler og egne erfaringer brukt for å besvare problemstillingen.

Oppsummering av funn og konklusjon

Det finnes ingen fasit for hvordan man skal snakke om eller forholde seg til døden. Alle mennesker er unike og opplever situasjoner ulikt. Omsorgen vil derfor være genuine svar på pasientens uttrykk som gjenspeiles i relasjonen og den enkelte situasjonen. Det krever mot å møte døende pasienter og deres åndelige behov. Sykepleier står ved siden av som tilskuer, men kan bli en deltaker i dannelsen av relasjonen som oppstår ved tillitsskapende og trygg kommunikasjon. Dette avhenger av at sykepleier tar initiativ til en vanskelig samtale når behovet observeres. God organisering på arbeidsplassen viser seg å være avgjørende for at dette skal la seg gjennomføre.

Nøkkelord

Kommunikasjon, åndelige behov, hjemmedød, palliasjon og mot.

Abstract

Title

«Are you brave enough?

Background for choice of theme

National guidelines and the Norwegian healthservice strive for patients to die at home if desired. If the number of cancerpatients continues to increase, nurses in homecare will need to focus more on palliative patients at home. One of the competence requirements will then be to work towards satisfactory communication in relationships between patient and nurse. Some years ago, my friend died of cancer. She asked a nurse a question that made the nurse badly touched. That made me think a lot of nurse's appearance in meeting with dying patients.

Approach

How can nurses meet spiritual needs of dying patients?

Method

This is a literature study based on existing literature and 5 research articles. Through the thesis, the literature, research articles and own experiences are used to answer the approach.

Summary of findings and conclusion

There's no final answer in how to talk about or relate to death. All humans are unique and can therefore experience situations differently. The care will then be genuine answers to how the patient responds in the relation and the individual situation. It demands courage to meet dying patients and their spiritual needs. The nurse stands beside as a spectator, but could become a participant in the formation of the relationship that arises for trust-building and secure communication. This depends that the nurse takes the initiative for a difficult conversation when the need is observed. Good organization in the workplace proves to be crucial for this to be carried out.

Keywords

Communication, spiritual needs, home death, palliative care and courage.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	1
1.1 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensning.....	2
1.4 Oppgavens oppbygning.....	3
2 Metode	4
2.1 Søke- og utvalgsprosess	4
2.1.1 Valg av litteratur.....	5
2.3 Kildekritikk	6
3 Teoretisk referanseramme.....	8
3.1 Sykepleieteoretikere	8
3.1.1 Joyce Travelbee	8
3.1.2 Cicely Saunders.....	8
3.2 Palliativ omsorg hjemme.....	9
3.2.1 Den døende pasienten i hjemmet.....	9
3.3 Åndelige behov i den totale smerte	10
3.3.1 Hospice-filosofien som et helhetlig menneskesyn.....	10
3.4 Kommunikasjon som relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier.....	11
3.5 Etikk i omsorgen for døende pasienter	12
4 Resultat og funn fra forskningsartikler.....	13

5 Drøfting.....	17
5.1 Helhetlig omsorg	17
5.2 Betydningen av en god relasjon og tilstedeværelse	18
5.3 Trygghet i hjemmet med tiden som utfordring	19
5.4 Meningsfull kommunikasjon	21
5.5 Annen form for håp som krever refleksjon	22
6 Konklusjon	24
Bibliografi	25

1 Innledning

Årlig dør rundt 40 000 mennesker i Norge (Folkehelseinstituttet [FHI], 2018). I 2017 døde 13 % hjemme og Norge ligger dermed på sisteplass når det gjelder hjemmedød (FHI, 2018). Dette til tross for at mange ønsker å dø hjemme. Døden begynner igjen å få en mer naturlig del av dagens samfunn. Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) tilsier at flere skal få nødvendig behandling, også livsavslutning, i hjemmet om de ønsker det. Dette innebærer økt kompetansebehov hos sykepleiere i hjemmesykepleien. Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer basert på FN's menneskerettigheter, sier at en fundamental plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Dette innebærer blant annet kommunikasjon i relasjoner.

«Tenk hvis hun hadde satt seg ned sammen med meg og heller sagt at dette vet jeg ikke svaret på. I stedet for å flakke med blikket og heller snakke om noe annet. Jeg kunne se at ordene mine gjorde henne ukomfortabel.»

Dette er ord fra min venninne som døde i en alder av 32. Ordene hennes satte spor i meg og har fulgt meg gjennom hele studiet og i jobben min i helsesektoren.

1.1 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema

Jeg begynte å jobbe i omsorgstjenesten som 18 åring. Allerede da, var jeg så heldig å få jobbe med mennesker som lå for døden. Jeg bruker ordet heldig, for det var det jeg følte og fortsatt føler når jeg får oppleve det. Min mening er at det er en gave å få være med å fullføre et liv. Jeg lærer mye, både om andre mennesker, følelser og reaksjoner, men også meg selv. Jeg blir kjent med meg selv på en ny måte for hver gang.

Som Per Fugelli sa: «Vi dør like enestående og uberegnelig som vil lever.» (Fugelli, 2017, s. 71).

Å jobbe med syke og døende mennesker er en selvfølge for en sykepleier. Det jeg opplever som utfordrende i møte med døende, er kommunikasjon. Hva sier man og hvordan skal man forholde seg til åndelig omsorg? Kalfoss (2016) påpeker viktigheten med å øke selvinnsikt og forståelse av egne holdninger når en møter vanskelige situasjoner. Kommunikasjon er noe av det viktigste verktøyet man bruker i arbeid med mennesker og samtidig kan det være det mest utfordrende. I følge Kalfoss (2016) og Travelbee (2001) blir det aldri en vane å se mennesker dø og det vil alltid berøre en sykepleier å ha nær kontakt med en døende.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier imøtekomme åndelige behov hos døende pasienter?

1.3 Avgrensning

I denne oppgaven fokuserer jeg på pasienter i terminal fase som avslutter livet hjemme og tar imot hjemmesykepleie. Oppgaven er ikke kjønnsavgrenset, men jeg omtaler pasienter som hun. Jeg spesifiserer heller ikke diagnose, men skriver om den døende pasient generelt. Pasientene har ikke barn, men foreldre/pårørende rundt seg. I det virkelige liv er det viktig å inkludere pårørende, men jeg tar her utgangspunkt i at sistnevnte er ivaretatt. Jeg utelukker også medikamentell behandling selv om palliativ behandling som regel krever dette.

Kommunikasjon er et stort felt og det er viktig å møte pasienten der vedkommende er i livet. Derfor fokuserer jeg på bevisste voksne som ikke er kognitivt svekket og kurativ behandling er opphørt og palliativ behandling startet. Selv om mange av de grunnleggende elementene i kommunikasjon er de samme uavhengig av kultur, fokuserer jeg på etnisk norske pasienter uten presisert trosretning. Dette fordi god kommunikasjon krever forståelse av den andres språk og koder og optimal kommunikasjon krever i tillegg felles kulturelle forutsetninger og referanser (Eide & Eide, 2007, s. 82).

Jeg vil se på hvilke egenskaper og ferdigheter en sykepleier burde inneha for å imøtekomme åndelige behov.

I oppgaven nevner jeg Virginia Hendersons sykepleietenkning. Jeg viser også til Dame Cicely Saunders, men jeg velger å fremheve Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Jeg definerer døende pasienter og hva deres åndelige behov kan innebære, betydningen av helhetlig menneskesyn og omsorg, og kommunikasjon mellom pasient og sykepleier.

1.4 Oppgavens oppbygning

Videre følger metodekapittelet. Der blir en litteraturstudie redegjort, deretter min søke- og utvalgsprosess, samt valg av litteratur. Det uttrykkes også kildekritikk hvor styrker og svakheter forklares. I teoridelen presenteres oppgavens teoretiske referanseramme. Deretter presenteres resultat og funn fra valgte forskningsartikler. I drøftingsdelen vil jeg ta for meg teori, funn fra forskning og egne erfaringer fra praksis for å drøfte min problemstilling og forsøke å finne svar. Til slutt viser jeg til hvordan jeg vurderer at jeg har svart på problemstillingen. Oppgaven følger de tekniske retningslinjene for oppgaveskriving fra Høgskulen på Vestlandet. Pasienter, andre involverte og steder er anonymisert slik at taushetsplikten er ivaretatt.

2 Metode

Oppgaven min er en litteraturstudie. Det tilsier at jeg har brukt allerede eksisterende litteratur. I følge Dalland betyr det at den er bygd på kunnskap fra bøker og andre skriftlige kilder (Dalland, 2017, s. 207). Dette finner en blant annet i bøker, databaser og tidsskrifter. Innsamlet data har jeg forsøkt å systematisere, kritisk gjennomgå, for deretter å sammenfatte i en oppgave. Ved hjelp av litteratur, nyere forskning og utsagn fra min venninne, prøver jeg å svare på min problemstilling.

2.1 Søke- og utvalgsprosess

For å finne pensum og artikler som kunne brukes i oppgaven brukte jeg høgskolens database Oria. Jeg benyttet meg av PICO-skjema som anbefalt i undervisning slik at jeg kom fram til aktuelle søkeord. De som ble benyttet var: kommunikasjon, hjemmedød, palliasjon/palliativ pleie, åndelige behov og omsorg. Dette resulterte i funn av bøker og kompendium fra pensum. Følgende databaser ble brukt: Cinahl, Svemed+ og helsebiblioteket. Jeg avgrenset treffene til å inneholde fulltekst, les online, per reviewed og til å være innenfor 2009-2019.

Åndelige behov og sykepleiers ferdigheter kan være vanskelig å måle i statistikk. Derfor har jeg valgt ut fire artikler som baserer seg på sykepleiers erfaringer og en artikkel fra pasientens ståsted. I oppgaven bruker jeg 4 kvalitative studier, (André & Ringdal, 2015, Molnes, 2015, Nielsen & Sørensen, 2013 og Strang, Henoch, Danielson, Browall & Melin-Johansson, 2013). De kvalitative gir svar på meninger og opplevelser, altså det som ikke kan tallfestes eller måles. Det handler om forståelse av mening (Dalland, 2017, s. 46). Jeg har også valgt en 1 kvantitativ studie (Røgenes, Moen, & Grov, 2013). Den har et ikke-eksperimentelt, deskriptivt design med kvantitativ, utledende metode. Studien gir svar i tall og målbare enheter og er basert på spørreskjema med påstander og svaralternativ som gir resultater i prosent. Spørsmålene er basert på litteraturfunn.

2.1.1 Valg av litteratur

Det har ikke vært vanskelig å finne litteratur som omhandler generell kommunikasjon og døende. Prosessen med å velge ut det mest egnede stoffet ble en større utfordring. Jeg vektlegger bøker fra pensum. Det har gitt meg nyttig teori om oppgaveskriving og struktur. Flere av bøkene inneholder tema om sykepleierens møte med døende og seg selv, sykepleier- og pasientrelasjon, sykepleieteori og etikk. Andre bøker ga meg relevant teori om kommunikasjon med døende pasienter, det å være pasient og det å gå døden i møte på en verdig måte.

For å sette fokus på sentrale føringer og offentlige dokument, er regjeringen.no (NOU 1999:2, 1999) brukt. Til å underbygge påstander, er statistikk hentet fra folkehelseinstituttet (FHI, 2018). Nasjonalt handlingsprogram som inneholder retningslinjer for palliasjon, belyser tema som kommunikasjon og åndelige behov (Helsedirektoratet, 2015). Informasjon herfra vurderes som høyst relevant og benyttes i oppgaven.

Søkeord jeg startet på SveMed+ var palliasjon. Her fikk jeg fem treff. Jeg valgte artikkel to, «Heimesjukepleiernes perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen» (Røgenes et al., 2013). Denne studien har et ikke-eksperimentelt, deskriptivt design, med kvantitativ, deduktiv metode.

Jeg fikk vite om Molnes som kjent forfatter innenfor kreft og palliasjon. Ved å søke opp forfatternavn på SveMed+, fikk jeg 20 treff. Av disse valgte jeg en artikkel. Samme artikkel fant jeg på nordisk tidsskrift for helseforskning ved å søke på samme navn. Der var det ett treff. «Sammen går vi døden i møte» (Molnes, 2015). Dette er en kvalitativ metode basert på beskrivende undersøkelse.

Ved å bruke søkeordene communication + existential + palliative care and end of life på Cinahl, fikk jeg 44 funn. Jeg leste gjennom mange, men valgte artikkel 42, «Communication about existential issues with patients close to death – nurses' reflections on content, process and meaning (Strang et al., 2013). Studien er en kvalitativ studie.

Søkeordene palliativ omsorg og sykepleie ga meg 17 treff på SvedMed+. Jeg valgte artikkel syv, « Sykepleie og helsefremming blant pasienter i palliativ omsorg» (André & Ringdal, 2015). Dette er en artikkel basert på integrerende reviews. En kvalitativ tilnærming som oppsummerer tidligere empirisk eller teoretisk litteratur.

En artikkel anbefalt av veileder fant jeg ved å søke på tittelen. Jeg har valgt å ta den med da den er basert på flere intervju med en døende kreftpasient, «Det døende menneske som livets læremester» (Nielsen & Sørensen, 2013). Dette er et kvalitativt forskningsintervju.

2.3 Kildekritikk

Jeg bruker bøker og kompendium fra pensum med faglig kvalitet og kjente forfattere i fagfeltet. Ved å velge primærkilder styrker det litteraturvalget av pensum, da forfatteren selv har skrevet det og det er dermed ikke andres tolkning (Dalland, 2017).

Artiklene tar for seg samme overordnede tema, men det viser til mye forskning på området og at de kan styrke hverandre i denne oppgaven. Jeg velger å bruke Skandinaviske artikler grunnet forståelse av kommunikasjon (Eide & Eide, 2007). Valgte databaser er anbefalt av høyskolen og jeg stoler på at de oppgir pålitelige og sikre kilder. Samtidig har jeg vært kritisk til artikkelfunn. Da artiklene var valgt, søkte jeg tittelen opp på internett og så at alle er sitert flere ganger. Jeg søkte også opp hver enkelt forfatter i Google scholar og så at alle har flere publiserte artikler. Artiklene har jeg også vurdert opp mot sjekklister fra kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2014). Dette, i tillegg til at de fulgte såkalt IMRaD- struktur og inklusjons- og eksklusjonskriterier er beskrevet, gjorde meg trygg på at de utvalgte er godkjente og jeg mener dette styrker min oppgave. Flere av artiklene jeg har valgt er basert på erfaringer fra sykepleiere i hjemmesykepleien i Skandinavia. Dette ser jeg på som styrkende selv om Hospice-bevegelsen er mer utbredt i Danmark enn i Norge.

Som sykepleier er det viktig å være oppdatert på forskning og faglig utvikling for å gi forsvarlig helsehjelp. Dette vises gjennom yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Det forskes mye på ulike områder innenfor helsesektoren og nyere resultater foreligger. Derfor har jeg avgrenset artikkelsøkene til å gjelde fra 2009-2019, altså 10 år.

Nyere fagkunnskap er ofte forankret i eldre sykepleieteori. Av den grunn velger jeg å bruke teori eldre enn 10 år på dette feltet. Når det gjelder teoretiker Joyce Travelbee, har jeg brukt både primær- (Travelbee, 2001) og sekundærkilder da sekundærkilden er skolepensum (Kristoffersen, 2011).

Å skrive en litterær studie kan være utfordrende da det eksisterer mye litteratur og forskning med ulik kvalitet. Studier gjort i andre land, på andre arenaer enn i hjemmet, kan gi andre svar enn det ville gjort på institusjon i Norge. Jeg har derfor valgt ut tre norske, en dansk og en svensk artikkel.

3 Teoretisk referanseramme

3.1 Sykepleieteoretikere

Teoretikerene ønsker å utvikle og forbedre sykepleierutdanningen. Det innebærer kvalitet og å klargjøre og avgrense sykepleierens funksjoner og arbeidsområde (Kristoffersen, 2011).

3.1.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (2001) viser til mellommenneskelig interaksjon mellom pasient og sykepleier. Hun omtaler kommunikasjon som en gjensidig prosess som gjør det mulig å danne et menneske-til-menneskeforhold. Pasientene oppleves og behandles som unike. Det åpner for motivasjon til samtale og formidling av omsorg. Hun mener at kommunikasjon er en forutsetning for at sykepleier skal hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse, samt finne mening i disse erfaringene. Via kommunikasjon kan vi oppnå tillit og trygghet. I følge Travelbee er det å ha fagkunnskaper og evne til å bruke dette i praksis, god sykepleie. Det krever god innsikt i å være menneske og bevisst bruk av egen personlighet og kunnskap. Dette bidrar til at pasienten får ivaretatt sine åndelige behov.

3.1.2 Cicely Saunders

Dame Cicely Saunders, kjent opphavskvinne til hospice-filosofien, har gjennom mange år møtt døende og sett at deres behov oppsummeres i «bli hos meg», «hjelp meg» og «hør på meg» (Aarheim, 2004, s. 208). Hun foreslo å bruke begrepet «total pain», noe som innebærer å dekke både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov.

«Det er ikke pasientens sykdom, eller de fysiske plagene alene som skal ha fokus, men den sykes opplevelse både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig/eksistensielt.» Dame Cicely Saunders (Aarheim, 2004. s. 208).

3.2 Palliativ omsorg hjemme

«Den palliative behandlingen, pleie og omsorg som pasient og pårørende trenger når pasienten tilbringer hele eller deler av den siste tiden av livet i hjemmet.» (Hjermstad, Rønningen, & Strand, 2008, s. 213).

Verden helseorganisasjon (WHO) definerer palliativ medisin som aktiv behandling, pleie og omsorg av pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Målet med palliativ omsorg er å gi pasienten best mulig livskvalitet. Dette innebærer smertebehandling og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig karakter. Viktige stikkord her er symptomkontroll, pleie, pasientkommunikasjon og organisering av pleie (Kalfoss, 2016, s. 423).

3.2.1 Den døende pasienten i hjemmet

En som er dødssyk, har en uhelbredelig sykdom som vil føre til døden. Begrepet døende har bare sin berettigelse når en omtaler en pasient som har klinisk observerbare, fysiologiske forandringer som tyder på en snarlig død (Mathisen, 2011, s. 302).

Den døende må alltid betraktes som levende inntil døden inntreffer. Det betyr at alle individuelle behov for pleie og omsorg må dekkes som hos andre pasienter.

Sykepleieteoretiker Virginia Henderson belyser viktigheten av at den enkelte pasient må få tilpasset pleie og omsorg og at det er sykepleiers ansvar å hjelpe pasienten slik at døden, når den er nær forestående, blir fredfull (Kristoffersen, 2011).

Det er nærliggende å tro at i dag er det eldre med langvarig sykdom som ønsker å bo hjemme til livets slutt. Det stemmer i stor grad, men det er også yngre som får uhelbredelig sykdom som ikke ønsker å ligge på sykehjem eller sykehus, men ønsker å være hjemme (Birkeland & Flovik, 2011). Pasientene må være informert om at det er åpen retur til sykehus eller sykehjem, og at det er godt samarbeid mellom hjemmesykepleien og andre instanser slik at deres ønsker blir møtt. I følge Birkeland og Flovik (2011) og Sæteren (2004) er målet her er å gjøre den siste tiden så god som mulig for pasienten. Sykepleien fokuserer på velvære og velbefinnende da helbredende behandling ikke er mulig. Tiltakene rettes mot

den totale smerte. Det er da viktig med en helhetlig tilnærming til pasienten. Palliativ omsorg ser på døden som en del av livet. Hjemmet representerer det trygge, og medbestemmelse tatt i betraktning, er det i dag økt fokus på å legge til rette for hjemmedød for dem som ønsker det (Brenne & Estenstad, 2016).

3.3 Åndelige behov i den totale smerte

I livets slutfase blir store spørsmål aktuelle. Hva har jeg gjort for å fortjene dette? Hvordan skal det gå med mine etterlatte? Hva skjer etter døden? Åndelige tema omhandler ofte relasjoner til andre, til livet eller en høyere makt. Dimensjonene kan også flyte over i hverandre (Helsedirektoratet, 2015). Pasienter, uavhengig av livssyn, er opptatt av hvordan sykepleier håndterer deres åndelige behov. Sykepleier kan åpne for slike samtaler ved å bruke åpne spørsmål som: Hva er viktig for deg nå? Hva ønsker du? Hva er du bekymret for? Sykepleier må samtidig være bevisst på at behovene kan endres underveis. Mange pasienter har behov for å snakke om tema det ikke finnes konkrete svar på. Dette opplever sykepleiere som utfordrende (Kalfoss, 2016). Palliativ omsorg integrerer åndelig støtte. Som sykepleier har en tatt på seg ansvaret å følge mennesker til døden. Dette krever god relasjonskompetanse og yrkeskompetanse. Relasjon uten tillit gjør det vanskelig å møte pasientens åndelige behov (Hirsch & Røen, 2016, s. 318). Sæteren (2004) påpeker at det åndelige i sykepleien veves inn i totalomsorgen slik at pasienten føler seg sett og bekreftet.

3.3.1 Hospice-filosofien som et helhetlig menneskesyn

Menneskesynet vårt har grunnleggende betydning for hvordan vi utøver omsorg og hvordan vi oppfører og forstår oss selv og andre mennesker. Et helhetlig menneskesyn innebærer å se alle dimensjonene under ett, både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig. De inngår i en helhet og er forbundet med hverandre. Helheten er mer enn summen av delene. I sykepleie må hele pasienten sees, ikke bare den syke delen. Det må derav dannes et jeg- du forhold (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 96).

Så lenge pasienter er i stand til å uttrykke hva som betyr noe, er det mulig å iverksette spesifikke tiltak. Da kan sykepleier imøtekomme tilfredsstillende livskvalitet og åndelige behov. Livskvalitet er subjektivt. Har vi det som rettesnor for en verdig død, er autonomi i fokus. Vi kan dermed fokusere på hva som er viktig for pasientene nå. En vektlegger helhetlig pleie gjennom hele sykdomsforløpet og fram til døden (Grov, 2014).

3.4 Kommunikasjon som relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier

Kommunikasjon er grunnleggende i alt arbeid med mennesker. Å kommunisere med pasienter i livskrise er vanskelig. I et offentlig dokument, sies det at tilnærmingen på omsorgen er rettet mot de døende og deres reaksjoner på sykdommen. For pasientene er det viktig å bli hørt og respektert (NOU 2017: 16, s. 27). Sykepleier er spesialister på pleie og omsorg men pasienter er spesialister på egen sykdom og hvordan den oppleves og erfares (NOU 2017: 16, s. 29). I NOU 1999: 2 (1999) er det utviklet en helhetlig plan for hvordan man skal ivareta uheldelig syke døende. Utvalget mener at kommunikasjon bør stå sentralt i all grunnutdanning og videreutdanning for helsepersonell. Spesielt kommunikasjonskunnskapene og ferdighetene i arbeid med døende må bedres (NOU 1999: 2, s. 64).

Måter å kommunisere på kan læres og utvikles og det kan også foregå i stillhet. Det å takle stillhet i kommunikasjon med pasienter er utfordrende da stillhet kan rette oppmerksomheten mot den andre. Stillheten kan også gi pasient og sykepleier mulighet til å finne tonen for sitt møte, og deretter åpne seg (Kalfoss, 2016).

I følge Nortvedt (2012) og Sæteren (2004) er et av de viktigste etisk hensynene i palliasjon, å lytte til pasientens opplevelser og ønsker. For å skape god relasjon handler det om å lytte, strukturere en samtale, forholde seg åpen til å snakke om vanskelige følelser og det å stimulere den andres ressurser. Kommunikasjon innbefatter også kunsten å bevitne lidelse (Kalfoss, 2016, s. 460).

3.5 Etikk i omsorgen for døende pasienter

Etiske utfordringer kan omhandle verdier og holdninger i form av respekt, evne til å se, tie og lytte. Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (2016) beskriver det etiske fundamentet som grunnleggende for sykepleie. Døende pasienter har også medbestemmelsesrett og omsorgen skal baseres på verdighet, barmhjertighet og respekt.

Omsorgen vektlegger relasjonen mellom sykepleier og pasient. Ikke bare hvorfor og for hvem, men også hvordan. Omsorgs- dyds- og nærhetsetikk gjør seg derfor gjeldende da sykepleiers holdning og væremåte har betydning for pasienters opplevelse av situasjonen (Nortvedt, 2012). Da er evnen til å tåle usikkerhet, usikkerhet og tap av personlig kontroll, viktige evner for en sykepleier å utvikle (Kalfoss, 2016). Sykepleier har sin styrke i å være opptatt av personlige dimensjoner ved pasientperspektivet og kan derfra bruke pasientens erfaring som grunnlag for omsorg.

4 Resultat og funn fra forskningsartikler

«Heimesjukepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen» (Røgenes et al., 2013).

189 sykepleiere fra hjemmesykepleien i 10 kommuner i Sør-Norge deltok. Det ble benyttet spørreskjema med svaralternativer.

Det fokuseres på hjemmedød som et alternativ da det er en grunnleggende rett for pasienter å ta avgjørelser omkring egen død. Til tross for dette viser studien at tallet på hjemmedød har falt de siste 10 årene. Kunnskap, erfaring, kompetanse og kommunikasjon er viktige sykepleiefaglige faktorer for hjemmetid for palliative pasienter. Dette øker følelsen av faglig trygghet for sykepleierene.

Sykepleiere i hjemmesykepleien arbeider mye alene og det forsterker frustrasjonen når det er travelt. God organisering kan gi en godt fungerende tjeneste, men det krever tid og ressurser. Studien viser at også sykepleiere trenger støtte for å kunne reflektere over omsorgen de yter. Dette kan gi økt klinisk kompetanse. De eldste sykepleierne er mindre redd for å ta opp vanskelige tema med pasientene. De med lang erfaring og videreutdanning vektlegger å bli kjent med pasienten før en setter i verk tiltak for å imøtekomme behov. De føler seg også mer forberedt til å ivareta døende i hjemmet.

«Sammen går vi døden i møte» (Molnes, 2015).

I studien deltok 10 sykepleiere i hjemmesykepleien fra tre mindre distrikt i Midt-Norge.

Hensikten var å se nærmere på hvordan sykepleiere opplever hjemmedød og kreftpasienter sine åndelige behov. Denne studien har utforskende design som preges av fleksibilitet omgitt av naturlige omgivelser.

Pasientene er opptatt av døden, men de tenker mer på sykdommen når de er på sykehus. Tema som belyses er å jobbe i andres hjem. Forfatter påpeker at hjemmet er et sentralt sted for pasienten. En utfordring for sykepleier er den vanskelige samtalen. Det krever mot av da egne følelser involveres. Hvis sykepleier ikke tør, åpner ikke pasienten seg for å snakke om

sine åndelige behov. Funn viser at hverken pasient eller sykepleier i særlig grad åpner opp til å samtale om åndelige spørsmål og pasienten kan føle seg som en byrde. Sykepleier må ta initiativ til samtale. Noen håndterer ikke dette. Det blir for personlig. Derfor overlater de ansvaret til for eksempel en prest. Å ta del i sorg, frykt og håp er en utfordring og forfatter påpeker viktigheten av at sykepleiere setter av tid til refleksjon. Sykepleierne opplever også utfordring med tid. De føler et dilemma mellom omsorgskvalitet og andre tilsyn. Å gå døden i møte med pasienter er en personlig og krevende prosess og sykepleier må derfor være trygg på seg selv. Studien konkluderer med at det er avgjørende at sykepleier innehar kompetanse, mot, erfaring og etisk innsikt for å imøtekomme pasientens åndelige behov. De må være sin holdning bevisst, utvise tilstedeværelse og tørre å spørre.

«Communication about existential issues with patients close to death – nurses' reflections on content, process and meaning» (Strang et al., 2013).

98 sykepleiere fra tre ulike omsorgsseksjoner deltok og data ble samlet inn som en del av en randomisert kontrollert studie. Hensikten var å beskrive sykepleiernes refleksjoner rundt åndelige spørsmål i kommunikasjon med døende pasienter.

Det ble fokusert på kommunikasjonsferdigheter og holdninger hos sykepleiere. Resultatene ble organisert i områdene: innholdet i den åndelige samtalen, prosessen, og samtalsens betydning for sykepleiere. Studien støtter påstanden om at erfaring gjør sykepleiere tryggere og gir dem ferdigheter. Unge og uerfarne er mer sårbare enn eldre. Det kommer fram at det viktige er å ha mot i slike samtaler da noen opplever det for personlig og nært. Sykepleier må lytte aktivt og håndtere stillhet. Personlighet hos pasient og sykepleier påvirker hvordan samtalen utvikler seg. Sykepleier skal ikke klare å løse åndelige utfordringer, men evne å være tilstede. Dette opplever sykepleiere som en utfordring da hjemmesykepleiere må være tilgjengelige på telefonen hele tiden. Det gjelder å være tilgjengelig, fleksibel og ha et åpent sinn. Studien viser også at det er nødvendig for sykepleiere å ha mulighet å reflektere og ha støttende samtaler. Dette for å kunne utføre vanskelige pasientsamtaler, å forhindre utbrente sykepleiere samtidig som det er med på å forbedre pasientenes opplevelse.

«Sykepleie og helsefremming blant pasienter i palliativ omsorg» (André & Ringdal, 2015).

I denne studien som er en integrerende review, ble det brukt 10 artikler. Det er en metode som oppsummerer tidligere empirisk eller teoretisk litteratur. Målet var å finne svar på hvordan helsefremmende perspektiv kan brukes til å styrke sykepleiernes kompetanse innen palliativ omsorg.

Det helsefremmende perspektivet endrer seg når det nærmer seg livets slutt. Målet er da en opplevelse av trygghet og at det er meningsfullt. Åndelig omsorg relateres til en verdig død. Pasientene må da behandles med verdighet og respekt og tilnærming må tilpasses hver enkelt. De må være smertelindret og andre behov må også ivaretas, også åndelige. Ved å kartlegge og ivareta åndelige behov, kan man fremme livskvalitet hos døende. Studien viser at helsefremmende perspektiv bidrar til sterkere brukermedvirkning som igjen fører til mer helhetlig perspektiv. Viktige sykepleiefaglige faktorer som fremmes er oppmerksomhet, støtte, kontinuitet og god kommunikasjon. Det fokuseres på at sykepleier kan være tilstede uten bestemte gjøremålsoppgaver. Opplevs tjenestene som trygge, vil flere bli hjemme til døden. Dersom andelen kreftsyke fortsetter å øke, vil det bli aktuelt for kommunehelsetjenesten å tilrettelegge mer for hjemmedød. Funn viser at å tørre å snakke om døden kan skape trygghet og redusere angst.

«Det døende menneske som livets læremester» (Nielsen & Sørensen, 2013).

Denne studien baseres på 12 intervju med en pasient i hans tre siste måneder. Hvert intervju ble gjennomført med spørsmål om avtalte temaer. De omhandlet tid, mening, sykdom, helse og pårørende. Intervjuene foregikk enten hjemme hos personen eller på et hospice.

Formålet var å få en forståelse av hvordan en person opplevde å være døende i en prosess over tid. Fire temaer identifiseres. 1: Jeg relaterer- ergo er jeg. Relasjonen til andre fikk en annen betydning i livets slutfase. 2: Interaksjon mellom Gud og mennesket. Informanten var i utgangspunktet ateist, men spør – hvorfor meg? Hva er meningen med livet nå? Personen utviklet en tro på Gud i løpet av sykdomsperioden. 3: Forholde seg til fortid, fremtid og

nåtid. Fortiden ble avsluttet. Fremtiden planlagt. Nåtiden levdes intenst og nærværende. 4: Eksistensiell kamp. Han var i det han kalte dødens venterom. Et sted for refleksjoner. Døden og livet er to sider av samme sak. Døden aksepteres og livet intensiveres. Livets største eksistensielle krise er den som kan oppstå når en står ansikt til ansikt med døden. Studien viser at å opprettholde håp for en døende er viktig. Ikke om helbredelse, men om gode øyeblikk.

5 Drøfting

5.1 Helhetlig omsorg

Det kommer frem i den offentlige utredningen, (NOU 2017: 16, 2017, s. 51) at helsepersonell jevnlig burde stille spørsmål som hva trenger du nå. Hva er viktig for deg nå. En må ta utgangspunkt i helhetlig menneskesyn og tenke autonomi. Det at sykepleier tenker på livskvalitet som en rettesnor til helhetlig pleie, kan bidra til at pasienten opplever den siste tiden tilfredsstillende. Samtale med sykepleier kan gi pasienter mulighet til å forstå seg selv bedre og at det ikke trenger å være en mening eller grunn for alt. Siden livskvalitet er subjektivt og ut fra det kun kan kartlegges ved å kommunisere med pasienten, blir gode kommunikasjonsferdigheter spesielt viktig i møte med pasienter i palliativ fase (Kalfoss, 2016, s. 460).

For å kunne forstå pasienters behov, må vi lytte aktivt. Dette innebærer det verbale og non-verbale. Dette i tråd med Eide og Eide (2007, s. 24) som påpeker at ved aktiv lytting er man både oppmerksom og registrerende. Sett i sammenheng med Travelbee's (2001) teori om at kommunikasjon er en forutsetning for at pasienten skal mestre situasjonen og finne mening i erfaringene, vises viktigheten av å danne et menneske- til – menneskeforhold. Dette for å kunne se pasienter som unike personer og for å kunne danne en relasjon som kan føre til samtale, formidling av omsorg og kunne dekke ulike behov (Sæteren, 2004).

I følge Birkeland og Flovik (2011) har sykepleieren fokus på velvære og velbefinnende for pasienter. André og Ringdal (2015) understreker at helsefremming for døende pasienter kan høres ut som et paradoks. WHO sin definisjon av helsefremming inkluderer derimot åndelig omsorg da døende pasienter kan ha spesielle velværebehov. Dette samsvarer med Mathisen (2011) som sier at selv om pasienten er døende, må individuelle behov imøtekommes på samme måte som hos andre pasienter. Fjørtoft (2012) påpeker at sykepleier skal møte den enkelte pasient med omsorg og respekt. Dette innebærer et stort ansvar da pasientene skal fullføre sitt liv.

Joyce Travelbee (2001) mener at pasienter i krise har behov for åndelig omsorg. Palliativ fase kan oppleves som krise. Dette i tråd med det Mathisen (2011) hevder at reaksjoner og behov

er individuelle. Samtidig fastslår Molnes (2015) at ofte tar hverken pasient eller sykepleier initiativ til en vanskelig samtale i denne fasen. Det er derfor viktig å gjøre seg kjent med pasientens verdier. Røgenes et al., (2013) presiserer at eldre og erfarne sykepleiere bruker tid på å bli kjent med pasienten. Om pasienten er kjent, kan sykepleier føle seg tryggere i samtale. Ut fra min erfaring er det lettere å samtale med pasienter man kjenner, har god kjemi med eller har en felles relasjon til, som for eksempel: en venn av en venn. Dette gjør at samtalen og relasjonen blir tettere og mer personlig. Det kan dermed oppleves naturlig og jeg kan opptre avslappet selv om jeg ikke har konkrete svar på alt. Dette samsvarer med Strang et al., (2013) som sier at personlighet hos involverte påvirker utviklingen av samtalen. Samtidig kan det oppleves vanskelig å pleie en kjent som er døende. Dette i tråd med Molnes (2015) og Sæteren (2004) som konstaterer at å ta del i andres frykt og sorg krever mot da det involverer sykepleierens egne følelser og grunnleggende verdier. Å gå døden i møte med et menneske er en aktuell, men personlig og krevende prosess.

5.2 Betydningen av en god relasjon og tilstedeværelse

Røkenes og Hanssen (2012) viser til viktigheten med god relasjon mellom pasient og sykepleier. Dette bekreftes av Birkeland og Flovik (2011) som sier at det er knyttet spenning til å få hjemmesykepleie og at en derfor bør bruke tid på å bli kjent. I følge Molnes (2015) er det ikke uvanlig at pasienter føler seg som en byrde. Pasienter må få uttrykke seg. Sykepleier må derfor være åpen og lyttende (Strang et al., 2013). Molnes (2015) poengterer at sykepleier må være bevisst på sin holdning og utvise en tilstedeværelse som gir rom for pasienter å åpne seg. Dette i tråd med Strang et al., (2013) som belyser viktigheten av å inneha motet til å være tilstede og opptre støttende. Om sykepleieren til min venninne hadde satt seg ned med henne, ville kanskje utfallet av opplevelsen blitt en annen.

En god relasjon betyr så mye at det kan overgå det sykepleier sier og gjør. En kommentar med tydelig budskap kan tolkes som omsorgsfull. Samme kommentar kan misforståes, som for eksempel avvisende, om relasjonen er dårlig. Derfor må kommunikasjon og relasjon sees i sammenheng og oppleves trygg (Røkenes & Hanssen, 2012). Strang et al., (2013) påpeker at det ikke sykepleiers ansvar å svare på åndelige spørsmål, noe Mathisen (2011) sier seg enig i.

Hun mener det er det opp til pasienten selv å komme fram til dette. Ut fra et sykepleiefaglig perspektiv kan sykepleier hjelpe pasienter med å sette ord på følelser. Det som betyr noe, er å lytte til pasienten og møte henne der hun er (Sæteren, 2004). Kalfoss (2016) hevder at uansett hvilke hindringer sykepleiere møter på når det gjelder åndelig omsorg, er det åndelige nivået en iboende del av å være menneske og kan være særlig viktig for døende. I livets slutfase er det normalt at pasienten har åndelige spørsmål, også i form av relasjon til andre (Nielsen & Sørensen, 2013). Hvis vi ser dette i sammenheng med at sykepleier er usikker og utrygg, kan det føre til at pasienten ikke åpner seg. Molnes (2015) hevder at dersom sykepleier skal oppfatte hva pasienten tenker, er det viktig å spørre selv om det oppleves vanskelig. Som en av respondentene sa:

«Det er så vanskelig å vite hva folk egentlig tenker, men kanskje vi skulle vært flinkere. Vi er redde for å trenge oss på, ikke sant. Dersom de ikke vil da? Det blir nok på slutten da» (Molnes, 2015, s. 146).

Molnes (2015) understreker også at å ha mot til å snakke om døden kan skape trygghet. Dette samsvarer med Røgenes et al., (2013) som sier slike samtaler, stiller krav til kommunikasjon. Sykepleier må være tilstede, fokusert på å være, ikke bare utføre (André og Ringdal, 2015).

5.3 Trygghet i hjemmet med tiden som utfordring

Molnes (2015) fremhever at det er viktig å opparbeide tillit. Uansett hvor travelt en sykepleier har det, skal pasienter motta tilfredsstillende sykepleie. En av respondentene i Molnes (2015) sa:

«Det er tidkrevende, det går utover de andre pasientene, men det må bare gjøres i visse perioder. Det er noe vi prioriterer, intensjonen er at alle kreftpasienter skal få behandling hjemme». (Molnes, 2015, s. 145).

Dette i tråd med Strang et al., (2013) som indikerer at sykepleiere i hjemmesykepleien opplever tilstedeværelse som utfordrende da de må være tilgjengelige på telefonen hele tiden. I følge Røgenes et al., (2013) er viktige momenter som støtte, trygghet, erfaring,

organisering og informasjon avgjørende for hjemmedød. Dette kan bidra til en bedre opplevelse for pasienter, og de kan dermed ønske å være hjemme frem til døden. Dette i tråd med André og Ringdal (2015) som mener at dersom tjenestene oppleves som trygge, vil flere bli hjemme til døden inntreffer. Jeg erfarte i praksis at en pasient opplevde mangel på samarbeid mellom sykepleier og sykehus. På denne måten mistet hun tilliten og opplevelsen av trygghet. Pasienten valgte derfor å dø på palliativt rom på institusjon selv om ønsket var å dø hjemme.

Molnes (2015) gjør oppmerksom på at i hjemmet kan pasienter være mer alene enn på en institusjon eller sykehus. Dette kan føre til at de bruker mye tid til å tenke. Molnes (2015) påpeker at pasienter gjerne får tanker i løpet av natten. Gjerne om tema utenfor det hverdagslige liv (Nielsen & Sørensen, 2013). De har kommet fram til spørsmål som de kanskje ønsker å snakke om. Både Strang et al., (2013) og Molnes (2015) understreker at da er det viktig at sykepleier gir uttrykk for tid og anledning til snakke. Dersom pasienter oppfatter at sykepleier er travel, kan de unnlate å si noe. Det kan igjen tolkes av sykepleier som at pasienten ikke har behov for samtale (Molnes, 2015). Lignende argument finner jeg hos Strang et al., (2013) som hevder at det gjelder å ta hint og gripe muligheten for samtale når den er der. Molnes (2015) påpeker at pasienters behov kan endre seg underveis. Det som før opplevdes som trygt og godt, kan nå være skremmende og ukjent. Molnes (2015) påpeker at i utgangspunktet er hjemmet et godt sted for pasienten. Jeg opplevde i praksis en pasient som ønsket å være hjemme til livets slutt. Etter som symptomene ble verre, ble huset endret. Det lignet en institusjon. Pasienten mente det luktet sykehus. Det som en gang var det trygge, opplevdes nå skremmende. Hun var redd og hadde behov for at sykepleier hadde tid til å snakke. André og Ringdal (2015), Strang et al., (2013) og Molnes (2015) poengterer at det å tørre å snakke om døden kan skape trygghet og redusere angst, og det krever tid og tilstedeværelse. Røgenes et al., (2013) ser at løsningen kan være bedre organisering da det kan gi en godt fungerende tjeneste, men gjør oppmerksom på at det krever tid og ressurser.

5.4 Meningsfull kommunikasjon

Molnes (2015) sier at dersom ikke pasienten tar initiativ til samtale kan sykepleiere overse viktigheten av en slik dialog. Han påpeker at dersom kommunikasjon uteblir, kan pasienten oppleve usikkerhet og en ekstra belastning. Denne belastningen reduseres om sykepleiere er åpen og reflektert i forhold til døden og er trygg i møtet med den døende. Dette bekreftes av Kalfoss (2016, s. 461) som hevder at også sykepleiere kan oppleve økt stressnivå, skyldfølelse og utilstrekkelighet ved distansering. Da er det avgjørende at sykepleier har kompetanse til å leve med egen sårbarhet og frykt (Mathisen, 2011, s. 304). Travelbee (2001) hevder at å kunne hjelpe pasienten med å finne mening, gjøres ved å danne en relasjon der pasienten formidles at hun ikke er alene og blir forstått. I følge Strang et al., (2013) og Molnes (2015) er det sykepleiere som ikke mestrer rollen i samtaler omkring åndelige behov. Det blir for personlig og nært. Noen velger å overlate ansvaret til andre, for eksempel en prest. Det hevdes at en prest har bedre kompetanse til å svare på spørsmål om Gud og religion, som er et av temaene som fremheves hos Nielsen og Sørensen (2013). Samtidig påpeker Mathisen (2011) viktigheten av at en sykepleier blir værende i situasjonen selv om det føles vanskelig.

I følge Kalfoss (2016, s. 462) er stillhet den største utfordringen i kommunikasjon da det retter oppmerksomheten mot den andre. Den non-verbale kommunikasjonen fra sykepleier kan skape forvirring hos pasienter. Sykepleier kan uttale noe verbalt, men gi uttrykk for noe annet med tonefall og holdning. Røkenes og Hanssen (2012) poengterer at det er sykepleier sitt ansvar å tilrettelegge for forståelse, og kan derfor fokusere på egen adferd, holdning og handlingsmåte. Det er viktig å vise seg som imøtekommende, empatisk og interessert. Av og til er det tilstrekkelig at sykepleier sitter og lytter (Sæteren, 2004). Sykepleier skal kunne vurdere om sin væremåte er hemmende eller fremmende (Røkenes & Hanssen, 2012). Samtidig hevder Strang et al., (2013) at det er viktig å håndtere stillhet. Det påpekes at sykepleier må ta høyde for at ikke alle pasienter ønsker å snakke om døden eller andre vanskelige tema. På lik linje understreker Molnes (2015) at det er sykepleiers ansvar å ta initiativ til en vanskelig samtale dersom behovet observeres.

Kalfoss (2016) poengterer at sykepleiere er moralsk forpliktet til å anerkjenne og integrere pasienters åndelige behov i pleien. Åndelige behov blir ikke alltid godt nok ivaretatt. Det kan vi se ut fra min venninnes utsagn. Årsaken til dette kan være: barrierer for å snakke om det,

mangel på kunnskap og tro på seg selv eller frykt for å si noe feil (Kalfoss, 2016). Molnes (2015) hevder at døende pasienter preges av kaos og usikkerhet. Derfor er det viktig at sykepleiere er tilstede, lytter og tar reaksjoner på alvor. Dette kan føre til at pasienter åpner seg. Lignende argumenter finner jeg hos Travelbee (2001) og Strang et al., (2013) som hevder at sykepleiere må evne å være tilstede med mot og åpent sinn. Både Røgenes et al., (2013) og Strang et al., (2013) viser til at eldre og mer erfarne sykepleiere er tryggere i slike samtaler. Da jeg var student var det lettere å overlate ansvaret til andre sykepleiere å trekke meg til side når vanskelige tema oppsto. Jeg var redd for å bli oppfattet som unnvikende. Slik kan vi se kommunikasjon som grunnlag for all menneskelig handling.

5.5 Annen form for håp som krever refleksjon

Det nasjonale handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorgen viser at håp fremmer livslyst (Helsedirektoratet, 2015). I følge Nielsen og Sørensen (2013) er håpet viktig, selv for en døende. Dette i form av fine øyeblikk og en god fortsettelse for de etterlatte. Sees dette i lys av Virginia Hendersons syn om tilpasset omsorg slik at også døden blir fredfull, er sykepleiernes mål å bidra til å gjøre den siste tiden så god som mulig. For døende pasienter har gjerne håp en annen betydning. Pasienten i studien til Nielsen og Sørensen (2013) ser på døden og livet som to sider av samme sak. Han har erkjent at døden kommer. Sykepleiere vet at døende pasienter er i palliativ fase og at det ikke er håp for helbredelse. Dette samsvarer med André og Ringdal (2015) som påpeker at i denne fasen, kreves en endring i tankegangen om hva håp kan innebære.

Nielsen og Sørensen (2013) viser til at den døende pasienten opplever sykdomstiden som dødens venterom. Her kan han reflektere over det som har vært og det som kommer. Også for de som blir igjen. Å dø hjemme, kan ha stor betydning for pasienter.

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) tilsier at de som ønsker, skal få muligheten til å dø hjemme. Slik blant andre Brenne og Estenstad (2016) og Birkeland og Flovik (2011) påpeker, må sykepleiere tilrettelegge for det og det innebærer økt kompetanse. Både Strang et al., (2013), Molnes (2015) og Røgenes et al., (2013) understreker viktigheten av at også sykepleieren trenger muligheten til å reflektere. De

trenger støtte for å kunne fortsette å yte omsorg i en krevende jobb. Strang et al., (2013) viser til at unge og uerfarne ofte føler seg sårbare når det gjelder åndelige samtaler og de ønsker tid til refleksjon. De ser nødvendigheten med større fokus på kommunikasjon med døende under utdanningen, noe utvalget i NOU 1999:2 også mener (NOU 1999:2, s. 64). Dette samsvarer med funn i studien til Røgenes et al., (2013) som påpeker at uerfarne trenger og benytter seg av veiledning i større grad. Muligheten til å dele dette også kan gi økt kompetanse, noe som kan gi en bedre opplevelse for døende pasienter i hjemmet. Min erfaring sier at dersom sykepleiere kan ha en refleksjonsarena, vil dette fremme kunnskap og øke bevisstheten for egen opptreden. Vi lærer av hverandre, deler kunnskap og gir tilbakemeldinger. Dette vil kreve god organisering av arbeidsplassen slik Røgenes et al., (2013) henviser til.

6 Konklusjon

Å samtale med noen som er i ferd med å forlate livet, er uten tvil utfordrende. Selv om pleie og omsorg til døende er en del av det å være sykepleier, og retningslinjer tilsier at sykepleiere er forpliktet til en helhetlig omsorg, tyder mye på at pasienters åndelige behov ikke blir godt nok ivaretatt.

Hovedfunnene i denne oppgaven viser at sykepleier må være modige. Holdninger til døden og egen dødsangst burde kartlegges. Sykepleier må tørre å åpne opp for vanskelige samtaler og samtidig ha mot til å stå i situasjonen da det er noe av det åndelige behov innebærer. Vi må støtte oss på de med mer erfaring og lære av hverandre. Dermed er det hensiktsmessig å ha en organisatorisk tilrettelagt arbeidsplass. Slik får også unge og uerfarne muligheten til å reflektere. Det gjelder å være tilstede i smerten og lidelsen for den døende pasienten og utvise empati og omsorg. Det er viktig å senke tempoet og lytte med alle sine sanser slik at pasienten får svare på hva som er viktig nå. Det handler om å oppnå tillit og skape trygghet. Holdningen og fremtoningen vår skal komme pasienten til gode.

Jeg tror, at dersom sykepleiere har kjennskap til at åndelige behov inneholder mer enn religion og tro, og at kommunikasjon med døende fremheves mer under grunnutdanning, vil flere, også unge og uerfarne, føle seg tryggere i møte med døende pasienter.

Jeg velger å avslutte med ord som kan være et godt tilsvare til min venninnes utsagn:

«De som kan sitte i stillhet sammen med et menneske uten å vite hva de skal si, men likevel vite at de skal være der, kan bringe nytt liv inn i et døende hjerte.»

Garfield

Bibliografi

- Aarheim, K. (2004). Palliativ pleie i heimen. I M. Solheim, & K. Aarheim (Red.), *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie* (2 utg., s. 207-217). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- André, B., & Ringdal, G. (2015, Januar). Sykepleie og helsefremming blant pasienter i palliativ omsorg. *Klinisk Sygepleje*, ss. 62-73.
- Birkeland, A., & Flovik, A. (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe AS.
- Brenne, A.-T., & Estenstad, B. (2016). Hjemmedød. I S. Kaasa, & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon - Nordisk lærebok* (3 utg., s. 161-170). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A. K. (2012). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2018, Desember 12). *De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme*. Hentet fra: <https://www.fhi.no//nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Dødsårsakregisteret - statistikkbank*. Hentet fra: <http://statistikkbank.fhi.no/dar>
- Fugelli, P. (2017). *Per dør*. Oslo: Cappelen Damm.
- Grov, E. K. (2014). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. Ranhoff, (Red.), *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (ss. 520-537). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Grov, E. K., & Holter, I. M. (2015). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, Sykepleieboken 1*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009, Juni 19). *Regjeringen*. 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/>

Helsebiblioteket. (2016, Juni 3). *Sjekklistor*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/lists/publikasjoner/attachments/918/nasjonalt-handlingsprogram-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-IS-2285.pdf>

Hirsch, A., & Røen, I. (2016). Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. I S. Kaasa, & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon - Nordisk lærebok* (3 utg., s. 315-325). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hjermstad, M., Rønningen, M., & Strand, E. (2008). Palliativ behandling utenfor sykehus-hjemmesykepleie. I M. Rønning (Red.), *Palliasjon* (3 utg., s. 213-228). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kalfoss, M. H. (2016). Møte med lidende og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv. I D. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5 utg., s. 453-481). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1* (2 utg., s. 202-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie - Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2 utg., s. 83-127). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mathisen, J. (2011). Sykepleie ved livets avslutning. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie - pasientfenomener og livsutfordringer* (2 utg., s. 295-335). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Molnes, S. (2015, 12 16). Sammen går vi døden i møte. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, ss. 141-152. <https://doi.org/10.7557/14.3718>
- Nielsen, R., & Sørensen, E. (2013). Det døende menneske som livets læremester. *Nordisk sygeplejeforskning*, ss. 117-129.
- Norsk Sykepleierforbund*. (2016). Hentet fra Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- NOU 1999:2*. (1999, Januar 20). Hentet fra Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-2/id141460/>
- NOU 2017: 16*. (2017, Desember 20). Hentet fra På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende.: <https://lovdata.no/static/NOU/nou-2017-16.pdf>
- Røgenes, G., Moen, A., & Grov, E. (2013). Heimesjukepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen. *Klinisk Sygepleje*, ss. 64-76.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Strang, S., Hensch, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2013, 12 9). Communication about existential issues with patients close to death - nurses

reflections on content, process and meaning. *Psycho- Oncology*, ss. 562-568.

<https://doi.org/10.1002/pon.3456>

Stubberud, D.-G., Grønseth, R., & Almås, H. (2016). *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sæteren, B. (2004). Omsorg for døende pasienter. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient - utfordring - handling* (2 utg. s. 174-192). Oslo: Akribe Forlag.

Sæteren, B. (2004). Åndelig omsorg. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient - utfordring - handling* (2 utg., s. 230-241). Oslo: Akribe Forlag.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.