



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for helse- og idrettsfag

Berit Jevne

Fordypningsoppgave i kreftsykepleie

Åndelig og eksistensiell omsorg

Spiritual Care

Videreutdanning i kreftsykepleie - 4KR10 2014

Antall ord: 11886

Veileder: Tuva Sandsdalen Mytting

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Tittel: Åndelig og eksistensiell omsorg

Avdeling: Høgskolen i Hedmark

Utdanning: Videreutdanning i kreftsykepleie, campus Elverum

Kandidatnummer: 616

Veileder: Tuva Sandsdalen Mytting

Antall ord: 11886

Nøkkelord: Kreft, pasient, palliativ omsorg, kommunikasjon, kreftsykepleier

Sammendrag

Hos kreftpasienter i palliativ fase dukker det gjerne opp åndelige og eksistensielle spørsmål. I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på hvordan kreftsykepleier gjennom kommunikasjon kan bidra slik at pasienter i palliativ fase får dekket sine åndelige og eksistensielle behov. Kommunikasjon er et viktig virkemiddel i å bli kjent med pasientene, og gjennom kommunikasjon kan kreftsykepleier få en forståelse for hvilke åndelige og eksistensielle utfordringer pasientene har.

Når vi rammes av alvorlig sykdom, og livet står på spill, blir de åndelige og eksistensielle spørsmålene fremtredende hos mange. Spørsmål som dukker opp er gjerne: Hva er meningen med dette? Hvorfor skjer dette meg? Finnes det en Gud? Forskning viser at det er sannsynlig at å få dekket sine åndelige og eksistensielle behov hjelper alvorlig syke og døende pasienter til å gi dem styrke, støtte og ferdigheter til å mestre belastningene de får i livets slutfase.

WHO har utarbeidet noen prinsipper som sier noe om hva god palliativ pleie innebærer, hvor det blant annet påpekes at helsepersonell må ha helhetlig tilnærming og ha fokus på kommunikasjon til den alvorlig syke og døende pasienten. Forskning viser at det blant helsepersonell er mye usikkerhet om hva åndelige og eksistensiell omsorg er, og hva slik omsorg skal inneholde. For å imøtekomme palliative pasienters åndelige og eksistensielle behov, må kreftsykepleier ha den kompetanse som kreves. «Nasjonalt handlingsprogram for

palliasjon i kreftomsorgen» skriver om hvilke egenskaper og kvalifikasjoner personalet bør ha som skal utøve åndelig omsorg. Her i denne oppgaven har jeg trukket frem kreftsykepleiers kompetanse i kommunikasjon, da dette er viktig virkemiddel i å skape en relasjon til pasientene.

For å kunne ivareta åndelige og eksistensielle behov hos kreftpasienter, er det viktig at det blir større oppmerksomhet rundt temaet, og at det trengs mer kompetanse blant helsepersonell å vite hva åndelige og eksistensiell omsorg er, og hva denne omsorgen skal inneholde.

Title: Spiritual care

Institution: Høgskolen i Hedmark, campus Elverum

Course: Education in cancer nursing

Author: 616

Supervisor: Tuva Sandsdalen Mytting

Numbers of words: 11886

Keywords: Cancer, patient, palliative care, communication, oncology nurse

Abstract

Cancer patients in a palliative phase often experience spiritual and existential questions. In the present thesis, I have chosen to focus on how cancer nurses can use communication in order to help patients in a palliative phase fulfil their spiritual and existential needs. Communication is an important means in getting to know the patients, and through communication, a cancer nurse can gain an understanding of which spiritual and existential needs the patients have.

When we are struck by a serious disease and our lives are at stake, spiritual and existential questions often present themselves. Typical questions are: What is the meaning of this? Why is this happening to me? Is there a God? Research shows that having one's spiritual and existential needs met is likely to help seriously ill and terminal patients gain strength, support and skills to master the strain and stress they experience in the final phase of life.

WHO has developed a set of principles that describe what good palliative care entails. In these guidelines it is pointed out that health personnel must, among other things, strive for a comprehensive approach and focus on communication towards seriously ill and terminal patients. Research shows that there is a lot of uncertainty among health personnel as to what spiritual and existential care actually entails and what such care should include. To meet palliative patients' spiritual and existential needs, a cancer nurse must possess the necessary competence. "The National Action Programme for Palliation in Cancer Care" contains

guidelines regarding which qualities and skills personnel charged with spiritual care should possess. In this thesis, I have focused on cancer nurses' communication skills as an important means in establishing a relation with the patients.

In order to meet patients' spiritual and existential needs it is important to increase awareness of the subject, and among health care workers there is need for increased knowledge of what spiritual and existential care is and what it should include.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	3
1.1 Hensikt	4
1.2 Problemstilling	5
1.3 Begrepsavklaring	5
1.4 Avgrensning av oppgaven.....	6
1.5 Oppgavens oppbygging.....	6
2. Metode	7
2.1 Litteraturstudie som metode.....	7
2.2 Litteratursøk	8
2.3 Andre kilder	9
2.4 Kildekritikk	10
2.5 Etisk vurdering.....	11
3. Det åndelige og eksistensielle området.....	12
3.1 Innledning	12
3.2 Eksistensiell og åndelig omsorg.....	12
4. Pasientene i palliativ fase og deres behov for åndelig og eksistensiell omsorg	14
4.1 Innledning	14
4.2 Pasientens utfordringer	14
4.2.1 <i>Lidelse, angst, sorg og ensomhet.....</i>	<i>17</i>
5. Kreftsykepleiers funksjon i forhold til åndelig og eksistensiell omsorg	19

5.1	Innledning	19
5.2	Kreftsykepleiers funksjon	19
6.	Kreftsykepleiers kompetanse.....	22
6.1	Innledning	22
6.2	Kompetanse.....	22
6.2.1	<i>Kommunikasjon</i>	24
7.	Hvordan kan kreftsykepleier ivareta åndelige og eksistensielle behov hos kreftpasienter i den palliative fase?	26
7.1	Innledning	26
7.2	Å ta rede på pasientenes åndelige og eksistensielle utfordringer	26
7.2.1	<i>Målsamtale</i>	27
7.3	Å lytte til pasientenes egne verdier og holdninger.....	30
7.4	Å støtte og hjelpe pasienten i religiøse overveielser og forankring	35
8.	Konklusjon	37
9.	Referanseliste:	38

1. Innledning

I min fordypningsoppgave i kreftsykepleie har jeg valgt å skrive om åndelige og eksistensielle behov hos palliative kreftpasienter. Jeg har valgt å fokusere på hvordan kreftsykepleier gjennom kommunikasjon kan gi eksistensiell og åndelig omsorg slik at pasientene får et så godt liv som mulig frem til de dør. Kommunikasjon er et viktig virkemiddel i å bli kjent med pasientene, og gjennom kommunikasjon kan kreftsykepleier få en forståelse for hvilke eksistensielle og åndelige utfordringer pasientene har.

Erfaringer jeg har gjennom flere år i arbeid med alvorlig syke og døende pasienter, er at det liten grad har vært vektlagt det åndelige og eksistensielle behovet hos pasientene. Fokuset har ofte vært smertelindring og andre fysiske plager pasienten har, mens det åndelige og eksistensielle har det vært mindre fokus på. Det har vært lite rapportert om pasientene har et behov på dette området, og det har ikke vært noe tema ved inkomstsamtalene. I løpet av tiden som jeg har gått på videreutdanning i kreftsykepleie har jeg blitt mer oppmerksom på hvor viktig det er for palliative pasienter å bli møtt også på det åndelige og eksistensielle planet.

Som kreftsykepleier møter man ofte pasienter som er i livets slutfase. Dette kan være både utfordrende og krevende på flere forskjellige måter. Det kreves både gode sykepleiefaglige kunnskaper, erfaringer og holdninger som er preget av å ville hjelpe pasienten (Travelbee 1996). Og det kreves også at man har evne til å forsøke og forstå hva denne pasienten opplever, tenker og føler. Når noe traumatisk hender oss, blir de eksistensielle spørsmålene fremtredende hos mange (Arlebrink, 2012). Spørsmål som: «Hva er meningen med dette?», «Hvorfor skjer dette meg?», «Finnes det en Gud?» er eksistensielle spørsmål som gjerne dukker opp (Busch & Hirsch, 2008).

Flere kjente personer i Norge har i løpet av de siste årene stått frem i media og fortalt om hvordan de opplevde å bli rammet av uhelbredelig kreft. De har fortalt om sine tanker rundt de eksistensielle behovene som dukker opp, og hva som har hatt betydning for dem i livets slutfase. Dette er også historier som har fått meg til å bli interessert i hvordan man som kreftsykepleier kan hjelpe mennesker som har behov for åndelig og eksistensiell omsorg.

I løpet av de senere årene er det blitt mere fokus på åndelige og eksistensielle behov må veves inn i totalomsorgen for pasientene som lider av alvorlig kreftsykdom (Sæteren, 2010). I «Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen» (2013) står det at *åndelig omsorg skal inngå som en del av den helhetlige omsorgen til pasienter og pårørende*. Behov for åndelig omsorg skal kartlegges på lik linje med andre behov pasienten har (Helsedirektoratet, 2013). Sykepleiere har en klar stillingsinstruks i Yrkesetiske retningslinjer om å ivareta en helhetlig omsorg for pasienten (NSF, 2011).

Jeg har støttet meg til Joyce Travelbees sykepleieteorier. Som sykepleier har jeg erfart at det er viktig å ha ferdigheter i kommunikasjon når man har ansvaret for palliative pasienter og skal forsøke å imøtekomme deres åndelige og eksistensielle behov. Jeg ser på kommunikasjon mellom pasient og kreftsykepleier som særdeles viktig, da mye av omsorgen for kreftpasienter handler om å kommunisere og få fatt i hva slags eksistensielle og åndelige problemer pasientene sliter med. Travelbee skriver mye interessant om kommunikasjon. Hun bygger sin sykepleieteori på en humanistisk og eksistensiell filosofi. Hun mener at sykepleiers mål er å skape et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren må bruke seg selv terapeutisk i møte med pasienten og legge forholdene til rette slik at den syke kan hjelpes til å mestre sin opplevelse av sykdom (Travelbee, 1999).

1.1 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvordan jeg som kreftsykepleier kan bidra til å ivareta pasienters behov for åndelig og eksistensiell omsorg i palliativ fase gjennom kommunikasjon. Fokuset mitt vil være møtet mellom kreftsykepleier og kreftpasienter som har kort forventet levetid. Jeg håper også at denne oppgaven har overføringsverdi til mine kollegaer, og at den kan bidra til at det blir større fokus på ivaretagelse av pasienters eksistensielle og åndelige behov på min arbeidsplass.

Møteplassen for kreftsykepleier og pasientene jeg beskriver i denne oppgaven, er på lindrende enhet på en sykehjemsavdeling. Pasientene jeg beskriver er alle i palliativ fase, enkelte har bare dager eller uker igjen av livet, andre er fortsatt er oppgående. Felles for disse er at de alle har åndelige og eksistensielle utfordringer de strever med. Jeg jobber selv i

en slik avdeling som sykepleier, og ved å ta videreutdanning i kreftsykepleie, er jeg blitt mer bevisst på hvilken betydning det åndelige og eksistensielle området har for mange av pasientene. Pasientene jeg har fokus på i denne oppgaven, er over 60 år, har en alvorlig kreftdiagnose og er i palliativ fase. Pasienter i ulike alder sørger over ulike ting, og gjennomsnittsalderen på pasientene i denne avdelingen er omtrent 75 år. Årsaken til at jeg har valgt 60 år som nedre grense, er at jeg opplever at det ofte er pasientgruppen mellom 60 og 70 år som har de største utfordringene med å akseptere at livet snart er over. De er fortsatt «unge» og mange har lagt planer for hvordan de skal nyte livet som pensjonister.

1.2 Problemstilling

Jeg ønsker og håper at jeg som fremtidig kreftsykepleier stadig utvikler meg, og er spesielt interessert i å få mer fagkunnskap om hvordan gi god omsorg på det eksistensielle og åndelige planet. Jeg håper også denne oppgaven har overføringsverdi til kollegaer og arbeidsplassen min. Jeg har valgt denne problemstillingen:

Hvordan kan kreftsykepleier ivareta åndelige og eksistensielle behov hos kreftpasienter i palliativ fase?

1.3 Begrepsavklaring

Fokuset i denne oppgaven er kreftpasienter og kreftsykepleiers rolle, derfor har jeg brukt ordet kreftsykepleier i betegnelsen av omsorgspersonen.

I engelskspråklig litteratur snakker man om *spiritual care*. De nordiske landene oversetter det med både «åndelig omsorg», da ofte knyttet opp mot religion, og «eksistensiell omsorg» som mer allmennmenneskelig eksistensielle refleksjoner (Busch & Hirsch, 2011). Disse forfatterne anbefaler at *spiritual care* blir oversatt til «eksistensiell og åndelig omsorg» slik at bredden i det engelske uttrykket opprettholdes. I denne oppgaven benyttes uttrykket «åndelig og eksistensiell omsorg» og «eksistensielle og åndelige behov».

1.4 Avgrensning av oppgaven

De fleste palliative pasienter har flere plager samtidig. I denne oppgaven er fokuset på åndelig og eksistensiell omsorg i palliativ fase, så somatiske plager og medikamentell behandling er ikke tatt med i oppgaven.

Pårørendes behov for omsorg og som ressurs under sykdomsperioden, og sorgarbeid etter døden er en del av palliasjonen vi som kreftsykepleiere har ansvaret for. Dette er heller ikke tatt med i oppgaven.

Jeg har ikke fokusert på noen spesiell kreftdiagnose, men har fokus på kreftpasienter i palliativ fase. I noen anbefalinger er den palliative fasen avgrenset til pasienter som har en forventet levetid på mindre enn 9-12 måneder, men i realiteten er den palliative fasen en prosess som starter når sykdommen er uhelbredelig og avsluttes når pasienten dør (WHO, 2014).

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven starter med en innledning og metodekapittel. I metodedelen, kapittel 2, presenteres metode, litt om litteraturstudie som metode, hvordan jeg søkt etter litteratur, en kort beskrivelse av utvalgt skjønnlitteratur jeg har benyttet meg av. Til slutt kommer kildekritikk, og hva slags etiske vurderinger jeg har gjort i forhold til å svare på problemstillingen. Kapittel 3, 4, 5 og 6 er teoridelen. Her tar jeg først for meg det åndelige og eksistensielle området, deretter pasientens behov og kreftsykepleiers rolle og funksjon. I kapittel 7 går jeg over til drøftingskapitlet. Her har jeg tatt for meg tre punkter som jeg hentet fra «Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen». Disse tre punktene beskriver hva åndelig omsorg for syke og døende rommer. Disse har jeg drøftet opp mot min problemstilling. Til slutt kommer min konklusjon.

2. Metode

Vilhelm Aubert definerer metode slik:

«Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder».(Dalland, 2012, s.110)

2.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. I oppgaven har jeg først og fremst benyttet meg av relevant litteratur knyttet opp mot problemstillingen, men har også med kunnskap og erfaringer fra praksis. En litterær oppgave bygger i hovedsak på skriftlige kilder (Dalland, 2012 s. 223).

I denne litteraturstudien har jeg inkludert artikler som er basert på kvalitativ forskning. Jeg søker en dypere forståelse for hvordan jeg som kreftsykepleier gjennom kommunikasjon, kan bidra til å gi den åndelige og eksistensielle omsorg som kreftpasienter har behov for. I kvalitativ forskning søker man økt forståelse for særtrekk, mønstre og sammenhenger som gjelder på det aktuelle forskningsfeltet. Målet i kvalitativ metode er *«å komme frem til dybdekunnskap og å få helhetlig forståelse av få enheter, mens målet i kvantitativ forskning er å fremskaffe kunnskap om omfang og utbredelse»*. I kvalitative studier dreier forskningsspørsmålet seg om *hva betyr*, mens i kvantitative studier dreier forskningsspørsmålet seg mer om *hvor mange?* (Thornquist, 2003, s. 202).

I tillegg til pensumlitteratur, har jeg benyttet meg av forskningslitteratur, skjønnlitteratur og erfaring fra egen praksis for å svare på problemstillingen *«Hvordan kan kreftsykepleier ivareta åndelige og eksistensielle behov hos kreftpasienter i palliativ fase?»*

Å utøve kunnskapsbasert sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kunnskap, pasientenes valg og verdier (Nordtvedt et al., 2013). I sykepleiefaget er vitenskapelig forskning relevant i den grad den kan underbygge og bedre sykepleiens evne til å ivareta de pasientrettede funksjonene (Kirkevold, 2002).

2.2 Litteratursøk

For å få belyst problemstillingen i denne litteraturstudien, har jeg benyttet meg av pensumlitteratur, annen faglitteratur, aktuelle fag- og forskningsartikler, fagbøker og skjønnlitteratur som selvvalgt litteratur. Lover og regler, offentlige utredninger og retningslinjer er også benyttet. Jeg har benyttet Nordtvedt et al (2013) som bakgrunns litteratur for å beskrive søkeprosessen. Jeg har søkt i databaser etter forskningsartikler som belyser kreftpasienter og fenomenene eksistensiell og åndelig omsorg og palliativ fase.

Jeg har søkt i Helsebiblioteket for pyramidesøk. Her startet jeg søket i Cochrane Library som er høyt oppe på pyramiden. Jo høyere oppe du er i pyramiden, desto mer kvalitetsvurdert og anvendbar er forskningen (Nordtvedt et al, 2012). Her fant jeg oppsummerte, systematiske oversiktsartikler. Lenger ned i pyramiden finner vi bl.a. Evidence-Based Nursing hvor oppsummerte enkeltstudier er. Her fant jeg også flere artikler jeg har benyttet. Nederst i pyramiden finner vi blant annet Medline og Cinahl hvor enkeltstudier er plassert (Nordtvedt et al, 2012) Her søkte jeg etter sykepleiefaglige artikler. I tillegg har jeg søkt i databasene Swe-Med og PubMed. Jeg har også søkt etter forsknings- og fagartikler i «Sykepleien» for å finne norsk litteratur om emnet åndelig og eksistensiell omsorg/behov.

Kjernes spørsmål er «hvordan oppleves det?» (erfaringer og holdninger). Foretrukket design er her kvalitative metoder og jeg har først og fremst søkt i Evidence-Based Nursing, Cinahl og MEDLINE. Det andre kjernes spørsmålet mitt er «Hva kan vi gjøre?» (effekt av tiltak). Foretrukket design er randomisert, kontrollert studie og her har jeg søkt i blant annet Cochrane og MEDLINE (Nordtvedt et al, 2013).

Ved søk etter forskningsartikler om åndelige og eksistensielle behov og åndelig og eksistensiell omsorg hos pallitive kreftpasienter i internasjonale databaser benyttet jeg søkeordene: cancer, neoplasme, spiritually care, end of life, palliation, terminally ill, suffering, oncologi nurse, coping. Ved å kombinere disse søkeordene, og kombinere med «and» og «or» (som snevrer inn og utvider søket) fant jeg til slutt frem til de artiklene jeg har benyttet i denne oppgaven. (Vedlegg 1, søketreff)

Oversikt over relevante artikler jeg har benyttet i oppgaven er beskrevet i litteraturmatriksen (vedlegg 2), i tillegg til at jeg benytter de gjennom oppgaven. Artikler som er aktuelle er de som beskriver hva slags sykepleieintervensjoner som skal til for at pasienter i palliativ fase skal føle seg ivaretatt og hvordan omsorgen skal utføres i forhold til åndelige og eksistensielle behov. Jeg har også dratt inn artikler som har fokusert på hva slags tiltak skal til overfor helsepersonell, slik at de føler seg bedre rustet til å imøtekomme eksistensielle og åndelige utfordringer kreftpasienter i palliativ fase har. Jeg har benyttet «Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten» (2014) sine sjekklister for vurdering av kvaliteten på mine forskningsartikler. Noe av forskningslitteraturen jeg har benyttet, er fra lindrende avdelinger på blant annet sykehus i England og USA, men slik jeg ser det, er de overførbare til lindrende enhet på sykehjem i Norge. Fokuset er kreftsykepleier og pasient. I tillegg har jeg benyttet noe tekst fra tidligere oppgaver jeg har skrevet i løpet av dette studiet.

Jeg har gjort spørsmålet mitt søkbart ved å bruke PICO-skjema. PICO-skjema er et rammeverk som kan være til hjelp i prosessen i å strukturere søket på en hensiktsmessig måte. Forkortelsen for hver bokstav er Population, Intervention, Comparison og Outcome. (Nordtvedt et al, 2013). (Vedlegg 3, PICO-skjema)

2.3 Andre kilder

Her kommer en kort beskrivelse av de selvvalgte kildene jeg har benyttet, og hvorfor jeg ser på disse som relevant for problemstillingen min.

Jeg har valgt Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker og benyttet boka «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» gjennom oppgaven. Hennes sykepleietenkning har fått stor innflytelse i Norge. Hun er opptatt av den eksistensielle tenkning, hvordan skape en god relasjon til pasientene, og hun er forholdsvis konkret i sin teori. Travelbee er opptatt av kommunikasjon som et middel til å oppnå god relasjon til pasientene og finne mening i en vanskelig situasjon.

Jeg har også benyttet meg av skjønnlitteratur hvor forfatteren enten har opplevd kreftsykdom selv, eller er pårørende til pasienter med en alvorlig kreftdiagnose. I boka «Idas dans» er det moren til 18-år gamle Ida som forteller om Ida siste 14 måneder etter at hun ble rammet av leukemi. Moren forteller om håp, håpløshet, gleder og lidelser gjennom sykdommen som

rammet datteren. Dette er en bok som gjorde et dypt inntrykk på meg, og også en forståelse for hvordan omsorgspersonene rundt Ida klarte å forstå Idas eksistensielle utfordringer, ofte non-verbalt.

I boka til lege og professor i sosialmedisin Per Fugelli «Døden skal vi danse» deler han tanker og erfaringer som syk selv, og hvordan han opplever at døden er et tabubelagt tema i helsetjenesten. Han undrer seg over hvorfor leger og sykepleiere aldri nevner døden med ord, selv om han har fått «dødsdommen», som han selv sier.

Begge disse to bøkene har gitt meg dypere forståelse i hvordan det er å bli rammet av kreft, og hva slags åndelige og eksistensielle behov som dukker opp i kjølvannet av alvorlig kreftsykdom.

2.4 Kildekritikk

I denne oppgaven har jeg fortrinnsvis benyttet meg av primærlitteratur. Noe sekundærlitteratur, men jeg har forsøkt å være kritisk til dette da den litteraturen er tolket av andre. Forskningslitteraturen jeg har benyttet er mye engelskspråklig litteratur. Her er det rom for at jeg har feiltolket, da mine engelskkunnskaper er noe begrenset. I tillegg synes noe av fagterminologien kan være vanskelig å oversette til norsk.

Når jeg har søkt etter litteratur, har jeg begrenset det til å omfatte fra år 2000 og senere. Dette fordi jeg anser litteratur som gjelder det åndelige og eksistensielle kan være aktuelt og relevant selv om det er av litt eldre dato.

Jeg har heller ikke stor erfaring i å søke etter litteratur i databaser, så her kan det hende jeg har gått glitt av viktig forskning. Men for å sikre meg at jeg fått med gode artikler i oppgaven har jeg, gjennom Liv Skomakerstuen Ødbehr, doktorgradsstudent og forsker innenfor det åndelige og eksistensielle, fått anbefalt noen artikler som jeg benytter.

Jeg har valgt å ta i bruk pensumlitteratur som er relevant for problemstillingen min. Ved bruk av fagbøker får jeg en mer faglig dybde og dermed også en større forståelse for temaet. Det har også vært viktig at fagartiklene er fagfellevurderte, da dette er et tegn på god kvalitet siden disse artiklene er gjennomgått kritisk av andre forskere. Jeg også tatt hensyn til at artiklene er fra land hvor de kulturelle forholdene er overførbare til norske forhold.

De skjønnlitterære bøkene jeg har benyttet, har gitt meg inspirasjon og økt forståelse, men er forfatterens opplevelser. Disse må brukes på en annen måte enn forskningsbasert kunnskap (Dalland, 2012).

2.5 Etisk vurdering

I denne oppgaven har jeg fulgt retningslinjene for sykepleiefaglig fordypningsoppgave i kreftsykepleie og retningslinjer for masteroppgave ved Høgskolen i Hedmark. Gjennom oppgaven har jeg referert til kilder i henhold til APA-standard og behandlet mine funn med respekt. Arbeidsplassen, praksisplassen og pasienter er anonymisert.

3. Det åndelige og eksistensielle området

3.1 Innledning

I dette kapitlet tar jeg for meg hva åndelig og eksistensiell omsorg er. Jeg har med en definisjon på åndelig og eksistensiell omsorg, og skriver videre om forhold som er viktige å skape for å kunne gi åndelig og eksistensiell omsorg og hva slags eksistensielle spørsmål som gjerne dukker opp hos pasientene i palliativ fase.

3.2 Eksistensiell og åndelig omsorg

Før eller siden vil de fleste mennesker stifte bekjentskap med alvorlig sykdom. Vi blir eksistensielt utfordret ved at livet settes på spill (Tornøe, 1996). Åndelige lengsler og behov kommer ofte sterkt til syne hos mennesker som rammes av livstruende sykdom (Sæteren, 2010). Eksistensielle utfordringene er felles for alle mennesker (Tornøe, 1996).

Jeg har lest flere definisjoner på åndelig og eksistensiell omsorg i løpet av perioden som jeg har jobbet med denne oppgaven. Den som ga meg mest mening var denne:

Definisjon på åndelig omsorg:

Spiritual care means making possible/facilitating for the patient, with help of suitable nursing interventions, to express and discuss existential questions and to practise his/her spirituality (which may be done through the practising of a specific religion but also through activities which do not need to be of religious nature). Such suitable nursing interventions are characterized by an ambition to create space for spirituality and/or an atmosphere of humanity and security.

(Lundmark, 2005)

Slik jeg forstår dette, er det viktig å tilrettelegge forholdene slik at åndelige og eksistensiell omsorg kan utføres. Det må skapes tid og rom for pasienten og sykepleieren, og atmosfæren være av en slik art at det innbyr gode samtaler. I dagens helsevesen er åndelig og eksistensiell omsorg ofte en utfordring, det er ikke alltid tilrettelagt for en slik helhetlig omsorg. Sæteren (2010) skriver at helsevesenet ikke er tilrettelagt for en helhetlig

ivaretagelse av mennesket. Helsevesenet legger opp til en fragmentering av mennesket og menneskelig kontakt med sine krav til effektivitet, spesialisering og utnytting av ressurser. I 2013 lanserte Helsedirektorat «Nasjonal kreftstrategi 2013-2017», hvor det påpekes at kvaliteten på kreftomsorgen i Norge skal bli enda bedre. Her signaliseres det at kreftomsorgen skal bygges på et helhetlig menneskesyn. Dette samsvarer på sykepleiens tradisjonelle syn på mennesket som en helhet.

For mange pasienter som opplever at livet går mot slutten er det viktig å få gjort opp ting fra fortiden. Å få fortalt livshistorien sin kan hjelpe mange til å se en sammenheng i tilværelsen. Mange opplever håpløshet og avmakt. De spør seg selv hvorfor dette skulle ramme dem, og hva er meningen med dette? (Sæteren, 2010) Den eksistensielle og åndelige smerten kan defineres som «de plagsomme følelser og tanker som berører eksistensielle spørsmål og religiøse spørsmål» (Lundmark, 2005).

Åndelig og eksistensiell omsorg kan sees på som å *være oppmerksom* på pasientens eksistensielle og åndelige spørsmål (Busch & Hirsch, 2011). Eksistensielle spørsmål som aktualiseres når en blir alvorlig syk er gjerne spørsmål om meningen med livet, har jeg verdi, hvorfor er jeg rammet, er det liv etter døden? (Sæteren, 2010). Religiøse mennesker kan få tanker som «hvorfor lar Gud meg lide?» og «Finnes det en Gud»? Eksistensielle spørsmål som «hvorfor skal jeg lide?» Og «hvorfor rammer dette meg?», «Hvilken mening har livet når man er syk?» dukker gjerne opp (Busch & Hirsch, 2008). Mange pasienter opplever håpløshet og avmakt når de opplever at livet går mot slutten (Sæteren, 2010). Ved å bekrefte pasientens behov og se pasientens ressurser, kan kreftsykepleier hjelpe pasienten til å mestre de åndelige og eksistensielle utfordringene.

For å kunne gi pasienter i palliativ fase åndelig og eksistensiell omsorg, må kreftsykepleier ha kunnskap om hva åndelig og eksistensiell omsorg er. I neste kapittel går jeg over på hva slags behov pasientene får på det eksistensielle og åndelige området når de blir rammet av uhelbredelig kreftsykdom.

4. Pasientene i palliativ fase og deres behov for åndelig og eksistensiell omsorg

4.1 Innledning

I dette kapitlet tar jeg for meg hvordan pasientene kan oppleve å få uhelbredelig kreft, og hvilke åndelige og eksistensielle behov som kommer i kjølvannet av å få en slik diagnose. Jeg beskriver hva slags eksistensielle og åndelige spørsmål som gjerne dukker opp hos pasienter i palliativ fase, og jeg har med WHO`s nyeste versjon av hva palliasjon er. Videre kommer jeg inn på lidelsen som disse pasientene gjennomgår, som angst, sorg og ensomhet.

4.2 Pasientens utfordringer

Å ha et helhetlig menneskesyn er grunnlaget for all sykepleie. I pleie og omsorg for palliative pasienter er det helhetlige menneskesynet fundamentet (Busch & Hirsch, 2008). For mange pasienter som opplever at livet går mot slutten, spør seg selv om hva er meningen med dette? (Sæteren, 2010). De opplever store eksistensielle utfordringer, og forskning viser at det er sannsynlig at å få dekket eksistensielle og åndelige behov hjelper alvorlig syke og døende pasienter til å gi dem styrke, støtte og ferdigheter til å mestre belastningene de får i livets slutfase (Busch & Hirsch, 2008).

For noen vil de åndelige og eksistensielle utfordringene dreie seg om at de mister grepet på seg selv og livet sitt. De ser ingen mening eller sammenheng lenger. Katie Eriksson (her i Sæteren, 2010) sier at å oppleve helse er å oppleve harmoniske relasjoner til seg selv, til andre, til naturen og til en høyere makt. Evne til transcendens er et annet kjennetegn på menneskets eksistens. Transcendens beskriver hvordan mennesket kan gå ut over sine materielle grenser, og strekke seg utover seg selv og forene seg med noe annet (Sæteren, 2010). I møtet med andre mennesker, å lytte til musikk, naturopplevelser er eksempler på fenomener som kan gi mennesket opplevelse av transcendens. Erfaringer jeg selv har fra praksiser at pasienter som er sengeliggende store deler av dagen, ofte har stor glede av musikk. Musikk kan bare nytes, man behøver ikke å anstrenge seg, og pasienter i palliativ fase har ofte liten kapasitet og et stort behov for å hvile flere ganger i løpet av dagen.

Hvordan pasienter i palliativ fase mestrer sin sykdom og tilværelsen under sykdomsperioden, er sterkt individuell. Antonovski (2012) mener at den enkeltes ressurser gir ulik grunnholdning i møte med hendelser i livet og pasientenes opplevelse av mening kan ha god innvirkning på hvordan han takler sykdom. Antonovski kaller denne grunnholdningen *sence of coherence* (SOC) som kan oversettes som en følelse av sammenheng. SOC har tre komponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Forfatteren av «Idas dans» sier det så fint om det å leve med uhelbredelig sykdom, sorg og angst: «*Jeg trenger kvisthullet mitt, for livet er så smertefullt, og jeg trenger verdensmesteren, for livet er så herlig*» (Corwin, 2005).

Definisjon av palliasjon:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual (WHO 2014).

I enkelte anbefalinger er den palliative fasen avgrenset til å omfatte pasienter med antatt forventet levetid mindre enn 9-12 måneder, men den palliative fasen er en prosess som starter når sykdommen er uhelbredelig og avsluttes når pasienten dør (WHO, 2014). I definisjonen påpekes det at palliasjon er aktiv behandling for pasienter med kort forventet levetid, med lindring av pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Noe som kan sees på som en svakhet ved denne definisjonen, er at det ikke står noe om utnytting av pasientens ressurser, styrking av pasientenes selvfølelse og å fokusere på livets meningsfullhet.

Kreftpasienter utsettes for store følelsesmessig belastninger når de forstår at livet deres om ikke lenge er over, og deres evne til mestring utfordres. Mestringsevnen til mennesker er høyst individuell, og forskning viser at kampvilje betyr mye for hvordan mennesket har det under kreftsykdommen (Reitan, 2010). Kampvilje i forhold til pasienter i palliativ fase, vil være at de aksepterer sykdommen, men at de prøver å gjøre det beste ut av det og har fokus på det som tross alt er positivt. Et eksempel på dette er hvordan den norske billedkunstneren nå avdøde Kjell Nupen sa i Aftenposten A-magasinet kort tid etter han fikk kreftdiagnosen.

To forhold er det viktigste for i livet for han nå. Å kunne arbeide i verkstedet, og å være sammen med familien. Uten dem hadde han ikke vært den han håper å være, og samtalene hadde ikke hatt mening. De gode samtalene blir viktigere og viktigere. Nupen snakker også om å miste kontrollen, noe må han overgi til legene. Men han insisterer på å være seg selv, og ha integritet, bestemme selv hvem han er. Nupen sier også at tiden etter han fikk kreftdiagnosen, er en tid han ikke ville vært foruten. «Det har vært en fantastisk tanketid». Men hvis tankene blir for vanskelige, skrur han hodet over på praktiske ting (Skårderud, 2014). Det Nupen uttaler, om at dette er en tid han ikke ville vært foruten, har jeg hørt flere mennesker som er blitt rammet av alvorlig sykdom, sagt. Det kan synes som om når man klarer å innse og forstå at man har kort tid igjen å leve, så kan den siste tiden bli meningsfull.

Mye av det kreftpasientene må gjennom er å forsone seg med livet her og nå, og gi slipp på det gamle (Sæteren, 2010). For å finne en mening, få forståelse og finne sammenheng, er det å få fortalt livshistorien sin en god måte for mange. Det er nær sammenheng mellom pasientenes livsfortelling og opplevelse av identitet (Tornøe, 1996). Gjennom livsfortellingene vil pasientene fortelle oss hvem han er, og fortellingen vil si noe om bakgrunnen pasienten har for å forstå og tolke det som skjer gjennom kreftforløpet. Livsfortellingene vil også gi pasienten sammenhenger i sitt liv som kan gi mening til det som er vanskelig (Sæteren, 2010).

Når en blir rammet av livstruende kreft, blir livssituasjonen brått endret og livssyn blir mer fremtredende. Spørsmål som – hvem er jeg? – er det noen mening med mitt liv? – har jeg gjort noe i livet av verdi? - hvordan kan jeg leve med smerte og lidelse? er noen glad i meg? finnes det en Gud? er det et liv etter døden? (Sæteren, 2010) Svaret pasientene gir seg selv når de eksistensielle spørsmålene kommer opp, er avhengig av hva slags livssyn disse pasientene har. Når spørsmål som «hvilken mening har livet som syk» dukker opp, vil svaret hos en med religiøs tro vil kanskje si: Jeg kan ikke se meningen, men tror Gud vil ordne alt til slutt. En ikke-troende vil kanskje si: det er ikke noen mening *med* sykdommen, men det kan oppstå mening *i* sykdommen (Busch & Hisch, 2008). Ellers som Nupen uttalte: «*Sykdommen river kontrollen fullstendig vekk, og da må jeg se det som min utfordring å ta tilbake det jeg kan*» (Skårderud, 2014).

I løpet av de senere år har det blitt mer vektlagt betydning av åndelig og eksistensiell omsorg i den palliative behandlingen. Palliasjon omfatter også pasientens åndelige og eksistensielle behov. Busch & Hirsch (2008) skriver at eksistensiell og åndelig velvære er viktig for pasientens opplevelse av livskvalitet, og disse behovene skal ivaretas på en faglig god måte. I palliativ omsorg bør hovedfokus være å tilrettelegge for så god livskvalitet som mulig for pasienten (Kaasa, 2008). I studien «The Meaning of Life Intervention for Patient With Advanced-Stage Cancer: Development and Pilot Study» (Mok, Lau, Lai, Ching, 2012) ble 84 pasienter med langtkommen kreft intervjuet. Fokus var hva slags sykepleieintervensjoner i palliative omsorg hadde god effekt på livskvaliteten hos disse pasientene. Intensjonen var å utvikle en «meningen-med-livet-intervensjon» som respons på behovet for korte og meningsfulle samtaler i palliativ omsorg. Resultatet i denne undersøkelsen var at slike intervensjoner kan forbedre livskvaliteten, spesielt på eksistensiell smerte.

4.2.1 Lidelse, angst, sorg og ensomhet

Mange pasienter vil føle sorg, angst, ensomhet og oppleve stor lidelse og meningsløshet når de blir rammet av uhelbredelig kreft og de eksistensielle utfordringer aktualiseres (Sæteren, 2010). Lidelse inntreffer når et menneske opplever forskjellige former for smertefulle problemer. Lidelse kan være både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig. Lidelse defineres som «en tilstand eller opplevelse hos den som lider; utholdelse av eller underkastelse under plage, smerte, tap. En smerte som utholdes eller nød, tap eller skade som påføres» (Travelbee, 1999, s.99). «Lidelse» oversettes til engelsk med enten *pain that is caused by injury, illness, loss, etc: physical, mental, or emotional* eller *pain* (Lidelse, s.a.). I denne oppgaven forstås lidelse som en åndelig og eksistensiell lidelse.

Å få en kreftdiagnose og vite at livet snart tar slutt, er en dyptgripende forandring i en persons livssituasjon. Ordet kreft er forbundet med smerte, lidelse og død. Mange som får kreft, søker etter mening og sammenheng. De som er rammet, stiller seg ikke alltid spørsmål som det finnes svar på (Arlebrink, 2012). De stiller seg eksistensielle spørsmål som hvorfor meg? Eller hva er meningen med denne situasjonen? Pasienten kan få en sterk følelse av avmakt og meningsløshet. Mennesker som opplever meningsløshet opplever lidelse. Lidelse er dypt personlig, knyttet til ulike typer tap og i lidelsen er det mye sorg over det en er i ferd med å miste. Et menneske som får en kreftdiagnose, opplever både tap, sorg og lidelse, man mister kontroll over eget liv (Sæteren, 2010). Tap av funksjoner kan for mange føre til stor

sorg. Man er ikke lenger den personen man var før sykdommen. Endringer gir en tapsfølelse, og man spør seg selv: hvem er jeg nå? Fugelli (2010) sier at når man rammes av alvorlig sykdom, er det verste kanskje å dø, men før døden opplever du å dø bit for bit gjennom det å gradvis tape det som tidligere har gitt livet innhold. I sorgen kan man føle stor ensomhet, det er ingen som helt kan forstå hvor du har det. Å oppleve ensomheten i forbindelse med sykdom er å forsøke å kommunisere «hvordan det er» eller «hvordan man har det», og å innse hvor lite andre forstår og hvor utilstrekkelig ordene er (Travelbee, 1996, s. 127). I angsten i forbindelse med sykdom, frykter man det kjente og ukjente, og man frykter nåtiden og fremtiden. Man frykter for at man ikke skal mestre det som kommer, og frykter for ens egen utilstrekkelighet og mangel på mot skal avsløres av andre (Travelbee, 1996).

I sykdomsforløpet hos en kreftpasient kan en være vitne til at verdiene endrer seg. Fra å gjøre noe, blir fokuset å *være* og *oppleve* noe. Mennesker kan forvandle lidelsen til noe meningsfylt (Sæteren, 2010). Et menneskes religiøse overbevisning vil ofte ha positiv innvirkning på dets evne til å mestre lidelsen. Hos de fleste vil måten man har taklet tidligere utfordringer og lidelse på, være bestemmende for hvordan de takler lidelse senere i livet (Travelbee, 1999). En forskningsstudie viser til at kreftpasienter ikke alltid vil snakke om eksistensielle og åndelige spørsmål, men ønsker likevel at sykepleier tar initiativ til en slik samtale. Pasientene ønsker selv å bestemme hvem de vil snakke med og når og hvordan dette skal skje (Kvåle, 2007). En belgisk studie som fokuserte på hvordan pasienter i livets slutfase opplevde hva som var mest betydningsfullt konkluderer med at for pasientene er det viktig å bli møtt med en god holdning og god kompetanse fra sykepleieren. Pasientene vektlegger også at det er små behandlingseenheter med et hjemlig preg og at sykepleieren har god tid (Cannaerts, N. Dierckx de Casterlè B, Grypdonck, M, 2005).

Det er en forutsetning at kreftsykepleier har forståelse for hvordan pasientene i palliativ fase kan oppleve å bli rammet av uhelbredelig sykdom, hvis hun skal kunne hjelpe disse med de åndelige og eksistensielle utfordringene som dukker opp. Neste kapittel tar jeg for meg kreftsykepleiers funksjon og rolle i forhold til disse pasientene.

5. Kreftsykepleiers funksjon i forhold til åndelig og eksistensiell omsorg

5.1 Innledning

I dette kapitlet skriver jeg først litt om lovverket, så om prinsipper WHO har utarbeidet i forbindelse med hva god palliativ pleie innebærer. Etter det tar jeg for meg kreftsykepleierens rolle og funksjon i forhold til palliativ pleie og åndelig og eksistensiell omsorg.

5.2 Kreftsykepleiers funksjon

De kommunale helsetjenestene styres av «Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester». Her kommer kravene til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet inn. I 2013 lanserte helse- og omsorgsministeren den nye nasjonale kreftstrategien «Sammen – mot kreft – Nasjonal kreftstrategi 2013-2017». Den nye kreftstrategien skal sørge for at kvaliteten på norsk kreftomsorg skal bli enda bedre enn tidligere. Et av hovedmålene i denne strategien er best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende. Det skal fortsatt være styrking av arbeidet med lindrende behandling og omsorg ved livets slutt gjennom kompetansehevende tiltak. (Helsedirektoratet, 2013).

WHO (2011) har utarbeidet noen prinsipper som sier noe om hva god palliativ pleie innebærer:

- *Helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasient og hans/hennes pårørende*
- *Respekt for pasient, pårørende og medarbeidere, med fokus på pasientens beste. Dette innebærer at pasient og pårørende blir møtt og forstått i forhold til sin situasjon.*
- *Aktiv og målrettet holdning til diagnostikk, forebygging og lindring av symptomer*
- *Forutseende planlegging og tilrettelegging med tanke på behov og komplikasjoner som kan komme til å oppstå*
- *Fokus på åpen kommunikasjon og informasjon*
- *Tverrfaglig arbeid*
- *Koordinerte tjenester og systematisk samarbeid på tvers av nivåene*

- *Systematisk samarbeid med andre medisinske fagområder*

Her fremgår det at prinsippene i palliasjon også kan anvendes tidlig i sykdomsforløpet og skal være til pasientens beste gjennom hele sykdomsforløpet. Det første punktet i disse prinsippene, sier at vi skal ha en helhetlig tilnærming til pasientene og pårørende og punktet om fokus på kommunikasjon er noe jeg spesielt vil trekke frem i oppgaven min. Dette samsvarer med hva NSF (2011) sier at kreftsykepleier skal ivareta pasientens behov, både det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige. Sykepleien skal preges av respekt for pasienten og pårørende, kreftsykepleier skal handle etisk og juridisk forsvarlig innen kompetanseområdet (Reitan, 2010). I kapitlet om sykepleieren og pasienten i «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» står det: Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (NSF, 2011). Herunder står det blant annet at sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten, og hun skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.

Kreftsykepleierens holdninger og verdier er vesentlige i hvordan hun tar imot de eksistensielle og åndelige utfordringene pasientene uttrykker. Hun plikter til å «tilby samtaler om eksistensielle spørsmål» og gi «lindrende behandling og en verdig død» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Sykepleierens fundamentale plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (NSF, 2011).

Funksjonen til en kreftsykepleier styres av juridiske, etiske og faglige retningslinjer som helsepersonelloven, pasientrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Kreftsykepleiers funksjon og ansvar er todelt, direkte og indirekte pasientknyttet arbeid. Direkte pasientrettet arbeid innebærer en forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjon. Indirekte pasientrettet arbeid omfatter undervisning, forskning, fagutvikling og administrasjon og ledelse (Reitan & Schjøberg, 2010). I denne oppgaven tar jeg for meg kreftsykepleierens lindrende funksjon. Jeg tar for meg pasienters eksistensielle og åndelige utfordringer i forbindelse med å få uhelbredelig sykdom, og hvordan jeg som kreftsykepleier skal hjelpe disse pasientene. Jeg har fokus på kommunikasjon, da kommunikasjon er et godt redskap å benytte for å bli kjent med pasientene. Travelbee (1996) sier at ethvert menneskes opplevelse av sykdom er individuelt,

og for at vi som sykepleiere skal kunne lindre pasientenes lidelse må vi få fatt i hvordan hver enkelt pasient opplever sin sykdom. I «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie» (NFS, 2011) står det at «sykepleier skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg», åndelige og eksistensielle behov inngår her.

Å få en kreftdiagnose er utfordrende for alle mennesker, og kreft blir mye forbundet med smerter og død. Å bli alvorlig syk fører med seg mye smerter, fysisk og psykisk, sosialt og åndelig (Busch & Hirsch, 2008). Som sykepleiere er vi flinke til å dekke de fysiske behovene pasientene har, men i løpet av de siste årene blitt mer oppmerksomhet om betydningen av åndelig og eksistensiell velvære. Forskning viser at det er sannsynlig at å få dekket eksistensielle og åndelige behov hjelper alvorlig syke og døende pasienter til å gi dem styrke, støtte og ferdigheter til å mestre belastninger de får, spesielt i livets slutfase (Busch & Hirsch, 2011). Helsepersonellens evne til å skape liv rundt de døende, har avgjørende betydning. Dette mestrer noen, de gir omsorg som gir plass og rom for følelser, mens andre ikke mestrer oppgaven (Davidsen-Nielsen, 2009). Dette samsvarer med studien til Canaert et al. (2005) Her påpekes det at å ha nok tid, skape rom for livsglede hos døende og behandle pasienten som et helhetlig menneske er betydningsfullt for pasientene i palliativ fase. Studien konkluderer også med at det er viktig at sykepleieren har fokus på pasientens ressurser og skape livsglede, fremfor å fokusere på sykdommen.

Blant helsepersonell er det mange som er usikre på hva åndelig og eksistensiell omsorg skal inneholde, men de er positive til å gi åndelig og eksistensiell omsorg. (Lundmark, 2005). Alvorlig syke mennesker strever med erfaringer og spørsmål som gjelder det åndelige området. Mange opplever sorg, angst, ensomhet og lidelse, og kreftsykepleier har her en viktig rolle i å skape et trygt og godt miljø og legge forholdene til rette slik at pasienten får dekket sine behov på en best mulig måte (Sæteren, 2010).

For å svare på problemstillingen «Hvordan kan kreftsykepleier ivareta åndelige og eksistensielle behov hos kreftpasienter i palliativ fase?» har jeg fokus på kreftsykepleiers direkte pasientrettet funksjon. I neste kapittel skriver jeg om hva slags kompetanse en kreftsykepleier må ha for å ivare pasientene som er fokus i denne oppgaven.

6. Kreftsykepleiers kompetanse

6.1 Innledning

I dette kapitlet tar jeg for meg hva slags kunnskap, erfaring og brukerkunnskap kreftsykepleieren må inneha for å ha den kompetanse hun trenger som kreftsykepleier. Først skriver jeg om kompetanse generelt, deretter om kreftsykepleiers kompetanse.

Kommunikasjon er et viktig redskap for å møte pasienter i palliativ fase for å dekke deres behov for åndelig og eksistensielle behov. Dette trekker jeg frem i slutten på dette kapitlet.

6.2 Kompetanse

Kompetanse kan beskrives som «evnen til å gjøre noe». Sykepleiekompetanse krever at teoretisk, praktisk, etisk og erfaringskunnskap virker sammen gjennom prosesser som intuisjon, erfaring og refleksjon. Man innehar den nødvendige kompetanse når man evner å møte situasjonen og handler adekvat i forhold til kravene (Kirkevold, 2002).

Kreftsykepleiers kompetanse handler om å inneha kunnskap, ferdigheter og personlig kompetanse, slik at hun møter de utfordringer og handler riktig slik situasjonen krever. For å svare på problemstillingen i denne oppgaven, må jeg ha kunnskap om det åndelige og eksistensielle området, hva slags åndelige og eksistensielle behov dukker opp hos pasientene i palliativ fase, og kunnskap om hvordan gi omsorg i disse situasjonene. Kommunikasjon er et viktig redskap jeg har benyttet for å imøtekomme de åndelige og eksistensielle behovene til disse pasientene. Ferdigheter i å utøve åndelige og eksistensiell omsorg har jeg opparbeidet meg gjennom kunnskap og erfaringer jeg har som følge av å ha arbeidet med alvorlig syke mennesker i flere år. Min personlige kompetanse er et resultat av de kunnskapene, erfaringene jeg har gjort gjennom livet, både yrkesmessig og privat, og verdiene og holdningene mine preges av dette.

Det stilles høye krav til kreftsykepleiers kompetanse for å imøtekomme en kreftpasients utfordringer og behov. Sykepleierens kunnskaper og evner er viktig, men like viktig er hennes eget grunnleggende syn på sykdom, lidelse og død. Sykepleierens livssyn og åndelige verdier vil avgjøre hvordan hun makter å hjelpe den syke med å finne mening i sin situasjon (Travelbee, 1999).

«Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen» (2013) skriver om egenskaper og kvalifikasjoner personalet bør ha som skal utøve åndelig omsorg:

- *De bør ha evne til empati og innlevelse*
- *Ha et avklart forhold til egen åndelighet, tro og død*
- *Evne til empati og innlevelse i menneskelivets ulike sider og menneskers forskjellighet*
- *Forholdet til egen åndelighet, tro og død*
- *Egen motivasjon for å tenke helhetlig omkring den alvorlig syke og døendes situasjon, og evne til å oppdage og respondere adekvat på åndelige problemstillinger*
- *Evne til oppmerksomhet mot og respekt for pasientenes egne åndelige mestringsforsøk*
- *Kunnskap om det åndelige området og hvordan alvorlig sykdom og død influerer dette*
- *Evne til lytting og til å være til stede, også i situasjoner der man føler seg hjelpeløs og maktesløs*
- *Evne til fleksibel og forståelsesfull kommunikasjon som forener ærlighet og følsomhet*
- *Evne til å leve med uløste spørsmål, både hos seg selv og pasienten*
- *Evne til å nyttiggjøre seg veiledning og "debriefing"*
- *Evne til å sette seg selv og egne problemer og løsninger til side for å gi plass til (den) andre*

(Helsedirektoratet, 2013)

Her er det mange punkter som setter krav om evner og kvalifikasjoner helsepersonell som har ansvaret for pasienter i palliativ fase skal ha. Jeg tenker at åndelig og eksistensiell omsorg må ha større fokus i det daglige, slik at man blir mer bevisst på å handle og være slik disse punktene beskriver. Slik jeg ser det, og som også noe av litteraturen påpeker, er det i dagens helsevesen ikke like lett å skape rommet og tiden til å utnytte disse evnene og kompetansen som for eksempel kreftsykepleier tilegner seg. Som tidligere nevnt setter dagens helsevesen høye krav til effektivitet. Dette kan føre til store utfordringer for

kreftsykepleier å skulle drive helhetlig sykepleie og blant annet sørge for at de åndelige og eksistensielle behovene blir ivaretatt. Et viktig redskap for å drive helhetlig sykepleie, og sørge for at pasientene får dekket de åndelige og eksistensielle behovene er kommunikasjon.

6.2.1 Kommunikasjon

Møter mellom mennesker er kommunikasjon, og gjennom å kommunisere tar vi del i hverandres tilværelse. (Skaug, 2011). Som sykepleiere er vår kommunikative kompetanse viktig. Gjennom kommunikasjon med pasienten, uttrykker vi våre verdier og vårt menneskesyn, og gjennom å uttrykke oss overfor pasienten får vi deres reaksjoner tilbake som vi kan lære noe av. Språkets kvalitet legger føringer for vår tanke, våre oppfatninger av virkeligheten og våre handlinger (Skaug, 2011). Sykepleierens oppgave er å planlegge, tilrettelegge og lede interaksjonen med den syke, og å kommunisere med pasientene slik at sykepleieren kan etablere et menneske-til-menneske-forhold. På den måten oppfylles sykepleiers mål og hensikt, blant annet å hjelpe enkeltindivider til å mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig hjelpe dem til å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1996). I åndelig og eksistensiell omsorg er det ofte det viktigste og være til stede, og være tilgjengelig for pasienten (Sæteren, 2010). Det foregår kommunikasjon ved ethvert møte mellom sykepleier og pasient, både når de samtaler og er tause, ubevisst eller bevisst. Den syke kommuniserer til sykepleieren via både ansiktsuttrykk, atferd, holdning og det samme gjør sykepleieren. (Travelbee, 1999). I oversiktsstudien «Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer» (Moore, Rivera Mercado, Grez Artigues, Lawrie, 2013) påpeker de at kreftpasienters psykiske lidelser kan bli betraktelig redusert gjennom god kommunikasjon mellom helsepersonell og kreftpasienter.

Sykepleieren må vite *om* det foregår kommunikasjon og *hva* som kommuniseres. Sykepleieren skal være i stand til å etablere et menneske-til-menneskeforhold gjennom kommunikasjon. Hun skal hjelpe pasienten med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å hjelpe dem til å finne mening i disse erfaringene. Sykepleie er en prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999 s. 135-136). Et kjennetegn ved menneske-til-menneske-forhold er at sykepleieren og pasienten forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer, og ikke som sykepleier og pasient. Et menneske-til-menneske-forhold bygges opp gradvis mens sykepleieren samhandler med pasienten, og sykepleieren må vite hva hun gjør,

tenker, følger og erfarer. Et annet element for å etablere et menneske-til-menneske-forhold er at sykepleieren og pasienten må ha gått igjennom fire faser: 1) det innledende møtet, 2) framvekst av identiteter, 3) empati og 4) sympati og medfølelse. Dette fører til en gjensidig forståelse og kontakt og etablerer et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999).

Sykepleieren må forstå fordringen i situasjonen hun befinner seg i. Hun må sanse hva det er pasienten strever med av eksistensielle spørsmål og utfordringer. Sykepleierens faglige skjønn iverksettes og hun må handle slik fordringen forventer. Sykepleieren må ta imot det pasienten forsøker å si gjennom ord, handling eller gester. Åndelig omsorg er et gjensvar på det hun forstår i samhandlingen med pasienten (Sæteren, 2010). Sykepleieren må være tilgjengelig og villig til å hjelpe. Sykepleieren må være villig til lytte når den syke for eksempel snakker om sin angst eller frykt (Travelbee, 1999). Sykepleieren må være empatisk og ha en samtalefremmende holdning for at den eksistensielle/åndelige samtalen skal være til hjelp for pasienten. Empati betyr at man ut fra et annet menneskes fortelling forstår hva det føler og tenker. For å få vite hva slags eksistensielle og åndelige problemer et menneske har, må pasienten fortelle oss det. Det nytter ikke å tro at vi vet best. «*Vi må være grunnleggende uvitende, men positivt nysgjerrige*». (Busch & Hirsch, 2008)

Likevel viser forskning at sykepleiere har vanskeligheter med å definere hva åndelig og eksistensiell omsorg skal innehold, selv om de er villige til å bedrive slik omsorg. En svensk studie sier også at pleiepersonell trenger mer utdanning for å utdype sin kunnskap om hva åndelige og eksistensiell omsorg skal innebære (Strang, Strang, Ternestedt, 2002).

I teoridelen har jeg tatt for meg åndelig og eksistensiell, pasientens behov for disse behovene og kreftsykepleiers funksjon, rolle og kompetanse hun må ha for å imøtekomme disse pasientene. Jeg har hatt fokus på kommunikasjon som et viktig redskap for å kunne gi åndelige og eksistensiell omsorg. I neste kapittel går over på å svare på problemstillingen.

7. Hvordan kan kreftsykepleier ivareta åndelige og eksistensielle behov hos kreftpasienter i den palliative fase?

7.1 Innledning

For å svare på oppgavens problemstilling, ønsker jeg å drøfte funn fra teori, forskning og egne erfaringer. På bakgrunn av mine funn ser jeg det er mange områder det er viktig å drøfte, men jeg har tatt utgangspunkt i disse tre punktene:

- Å være oppmerksom på pasientens eksistensielle, verdisøkende og religiøse behov og hans/hennes forsøk på mestring i forhold til disse behovene
- Å lytte innenfor rammen av pasientens egen livshistorie til de erfaringer og tyngdepunkter som pasienten vektlegger
- Å støtte og hjelpe pasienten undervis med utgangspunkt i hans/hennes eget livssyn eller eventuelle ønsker om å endre eller utvikle dette

(Helsedirektoratet, 2013)

Disse tre punktene er hentet fra retningslinjene i «Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen» og beskriver hva åndelig omsorg for syke og døende rommer. Mitt fokus er hvordan jeg, gjennom kommunikasjon, kan hjelpe pasientene til å ivareta deres behov for åndelige og eksistensielle omsorg. Et mål er at pasientene kan oppleve mestring i sin situasjon.

7.2 Å ta rede på pasientenes åndelige og eksistensielle utfordringer

Å ha omsorg for pasientens åndelige og eksistensielle dimensjon en av funksjonene til kreftsykepleieren (Sæteren, 2010). Det første punktet i WHO (2011) sine retningslinjer i hva palliativ omsorg innebærer lyder slik: *Helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasient og hans/hennes pårørende*. Flere studier peker i retning av at pasienter ønsker at sykepleier tar initiativ til å snakke om forhold knyttet til død, lidelse, mening og tro (Sæteren, 2010) Eksistensielle spørsmål, pasientens psykiske tilstand og relasjoner til de nærmeste er sentrale forhold når livet nærmer seg slutten (Aase et al. 2013). Det er viktig at sykepleieren signaliserer at det er rom for å snakke om forhold som ikke er direkte knyttet til

diagnosen (Sæteren, 2010). Spørsmål som hvordan kan jeg bidra? Hva er viktig for deg her og nå? er eksempler på spørsmål som opprettholder og styrker selvfølelsen til pasientene. Vi som kreftsykepleiere må huske på at alle pasienter er unike og har forskjellige behov.

Travelbee (1999) sier at det første nødvendige skritt for å planlegge sykepleieintervensjoner, er å finne ut av pasientens behov. Det kan kun skje gjennom observasjon og kommunikasjon. Alvorlig syke mennesker strever med å få dekket sine behov når det gjelder det åndelige og eksistensielle (Sæteren, 2010). Kanskje må vi først ha en skikkelig samtale om andre ting, før vi blir ordentlig kjent med pasienten og kan få fatt i de åndelige og eksistensielle problemene han strever med? (Busch & Hirsch, 2008) Hva er det som får deg til å holde ut? Hva får deg til å holde motet oppe? Hva er det som gir deg mot til å ta fatt på dagen? Dette er gode spørsmål som kan få pasienten i tale (Busch & Hirsch, 2008).

Behovet for åndelig og eksistensiell omsorg er ikke statisk, det kan forandre seg fra time til time, fra dag til dag. Kreftsykepleieren må derfor stadig ha oppmerksomhet på dette området (Helsedirektoratet, 2013). Det er viktig at sykepleieren stopper opp og gir tilbake til pasienten det en sanser og viser at man er oppmerksom hvis pasienten lider åndelig og eksistensielt. I slike situasjoner kan det være nyttig å ha å ha spørsmål som kan stilles når anledningen byr seg (Sæteren, 2010). Å lindre lidelse kan for eksempel være å spørre pasienten respektfullt om han ønsker å snakke om vanskelige og vonde tanker han har i forbindelse med kreftsykdommen. Å lindre lidelse og angst, kan være å hjelpe pasientene til å uttrykke følelser og frykt (Cannaerts, 2004). Samtidig som man må respektere hvis pasienten ikke vil snakke om dette, eller ikke har tanker om det åndelige og eksistensielle (Busch & Hirsch, 2008).

7.2.1 Målsamtale

Erfaringer jeg har fra praksis, er at det kan være hensiktsmessig å dra inn spørsmål som gjelder åndelige og eksistensielle utfordringer for pasienter i en målsamtale i stedet for i en inntakssamtale. Dette fordi det ofte er lettere å få pasienten i tale når man er blitt litt kjent med hverandre. Samtalen bør være individuelt tilpasset, og man må ta hensyn til hvilken helsemessig tilstand pasienten er i. Det er også viktig å konkretisere og formulere spørsmålene slik at pasienten lett skal forstå spørsmålene og ikke bruke altfor mye krefter på

en lang samtale (Nordøy, T., Svendsen, R., Johansen, M.J., Buitink, M.,Ervik, B., Aasebø, U., Magnussen, K., Boge, J., 2012).

Under gjennomføringen av målsamtalen må kreftsykepleier ha en holdning som bærer preg av å ville samtale med pasienten. Det er et nødvendig utgangspunkt for at samtalen skal være til hjelp for pasienten. Vi vet ikke noe om pasientens eksistensielle og åndelige behov før han forteller oss om disse. (Busch & Hirsch, 2008). I målsamtalen bør man tilstrebe å få en naturlig overgang i spørsmålene, slik at møtet mellom kreftsykepleier og pasient skal bli en samtale og skape en relasjon mellom kreftsykepleier og pasient. Relasjonen til personalet er grunnleggende for at pasienten skal våge å åpne seg (Busch & Hirsch, 2013).

Erfaringsmessig er spørsmål rundt de fysiske problemene er ofte en innfallsport til å bli kjent med og dermed lettere å komme innpå de mer utfordrende temaene som åndelige og eksistensielle behov er. I samtale med pasientene er det en fordel å bruke åpne spørsmål.

Pasienten får da bedre mulighet til å fortelle om eventuelle plager og tanker han har, og ikke bare svare ja eller nei. Pasientens behov skal være i sentrum, og åpne spørsmål er nyttig for å få pasienten til å fortelle (Nordøy, et al. 2012). Et åpent spørsmål vedrørende for eksempel angst kan være en god åpning for så å komme inn på de åndelige og eksistensielle områdene hos pasienten (Aass et al., 2013).

I min fire ukers praksisperiode i kommunehelsetjenesten på en lindrende enhet i tilknytning til videreutdanningen i kreftsykepleie, fikk en medstudent og jeg i oppgave å implementere åndelige og eksistensielle spørsmål inn i målsamtalen med pasientene. Første del av spørreskjemaet legger vekt på pasientens egne ressurser. Pasientens egen mestringsevne må ikke undervurderes (Aass et al., 2013).

Eksempel på spørsmål er:

- Hva føler du at du klarer å mestre, slik situasjonen er nå?
- Opplever du at du har noen gode stunder?
- Har du mange vanskelige tanker?
- Hvem støtter du deg på?
- Hvem trøster deg?
- Hvem gir deg håp?
- Hvem kan være en ressurs for deg nå?

Å gi tilbud om eksistensiell og åndelig støtte og omsorg må tilpasses individuelt (Travelbee, 1999). Det må kreves varhet og innlevelse fra kreftsykepleierens side (Sæteren, 2010). Jeg har selv erfart at i visse situasjoner har jeg følt at jeg har vært for direkte i spørsmålene mine om hvordan pasientene har det og hva de tenker på, men da har pasientene åpnet opp og det har blitt en god samtale ut av det. Årsaken til at kreftsykepleiere kan føle seg usikre i å ta opp temaer om åndelige og eksistensielle utfordringer pasientene har, er sammensatte. Jeg tror mange føler seg usikre på hvordan de skal komme inn på temaet, og hvilke spørsmål de skal stille. Da hjelper det å ha et skjema å følge. For at dette skal skje i praksis, må det være større fokus på hvor viktig det er at vi kreftsykepleiere tar initiativ til denne omsorgen. Det må være et tema på rapportene om pasientene, og et krav at pasientenes åndelige og eksistensielle behov blir ivaretatt og dokumentert.

I studien til Mok et al. (2012) viser de til hvordan de fikk tak i pasientenes åndelige og eksistensielle utfordringer. Metoden de brukte var at de hadde en session på 30 til 60 minutter, de hadde 5 kjernes spørsmål og brukte oppfølgingsspørsmål der det følte naturlig. Spørsmålene var:

- Hva synes du om livet ditt?
- Hvordan har du taklet motgang i livet?
- Hva gjør du for å like deg selv og andre?
- Hva gir deg glede?
- Hva setter du pris på i livet ditt?

Personalet lagde et sammendrag av samtalen, og presenterte det for pasienten i en oppfølgingssamtale. Slike samtaler forbedret pasientens opplevelse av det å være alvorlig syk spesielt på eksistensielle utfordringer.

Kontinuitet med oppfølging over tid av samme helsepersonell er en viktig forutsetning for at pasienten vil ta opp temaer som berører det åndelige og eksistensielle området (Aase et al., 2013). Slik jeg ser det, er dette en praktisk utfordring som det bør brukes mer ressurser på å løse. På lindrende avdeling hvor jeg jobber, har vi nå i turnus hele uker hvor de samme sykepleierne har dagvakt. Dette for å få kontinuitet. Her er målet at samme sykepleier har samme pasient over tid og ikke minst at pasientene skal ha samme sykepleier å forholde seg til over flere dager i strekk.

I litteraturen kommer det frem at det er vanskelig å snakke om forhold knyttet til menneskets åndelige dimensjon. Mange sykepleiere føler seg usikre i forhold til å ta opp eksistensielle og åndelige utfordringer og spørsmål de palliative pasientene har, at disse temaene heller ikke prioriteres i den daglige omsorgen (Sæteren, 2010). Årsaken til at pleiepersonalet har lett for å vike unna disse temaene kan være flere. En årsak kan være at det ikke er dagligdags å prate om, eller at man føler det er vanskelig å prate om disse temaene. De åndelige og eksistensielle spørsmålene kan være vanskelige, for ikke å si umulig, å svare på (Arlebrink, 2012).

7.3 Å lytte til pasientenes egne verdier og holdninger

For mange pasienter som opplever at livet går mot slutten, er det viktig å få gjort opp ting fra fortiden. De spør seg selv om hvorfor dette skulle ramme dem, og hva er meningen med dette? (Sæteren, 2010). Å lytte til hvilken betydning de åndelige og eksistensielle spørsmålene har i pasientens livshistorie, og å ta utgangspunkt i pasientens livssyn, og hjelpe pasienten i arbeidet med de eksistensielle og åndelige spørsmålene (Busch & Hirsch, 2011).

Å lytte til hva pasientene har å si, betyr mye for han. Kreftsykepleieren må forstå den dypere mening og den betydning det har for pasientenes helse å få fortelle sin historie. Gjennom å fortelle kan pasientene få fatt i sammenhenger i sitt liv som kan gi mening til det som er vanskelig (Sæteren, 2010). Det blir en fortelling om hva pasientene lykkes med i livet, hva som ikke gikk så bra, om gleder og oppturer. Slik kan pasientene komme frem til en slags aksept og få fred. Det er den metafysiske trangen til å finne en helhet som slår igjennom for å protestere mot tilintetgjørelsen (Overgaard, 2003).

Å få snakke om den siste fasen av livet og om døden er en viktig del av kommunikasjonen med de alvorlig syke pasientene (Aass et al., 2013). Vi må være sannferdig overfor pasientene slik at beslutninger om døden kan tas og livet kan leves som meningsfullt som mulig (Cannaerts, 2004). Når kreftsykepleieren fornemmer eller sanser at pasientene strever med det åndelig og eksistensielle, er det viktig at hun stopper opp og viser at hun er villig til å ta imot det pasienten har behov for (Sæteren, 2010). Å møte mennesker på åndelige og eksistensielle planet, krever at vi setter av tid og ikke stresser videre til neste pasient. Dette støttes også av studien til Cannaerts et al (2004). Det å prioritere den enkelte pasient kan lett

komme i konflikt med idealet om likebehandling og rettferdig fordeling av ressursene. Dette er et typisk etisk dilemma som vi som sykepleiere står overfor daglig. På den annen side kan vi for eksempel under stellet på pasienten signalisere at det er rom for å snakke om utfordringer pasienten har på det åndelige og eksistensielle planet. Slike temaer må ofte tas litt over tid, så da kan det være praktisk å komme litt forsiktig inn på temaet flere ganger. Og når kreftsykepleieren og pasienten oppnår en relasjon, kommer også den gode samtalen om de store viktige spørsmålene som det åndelige og eksistensielle er for disse pasientene.

For å imøtekomme de åndelige og eksistensielle behovene hos pasientene må denne omsorgen veves inn i den totalomsorgen vi gir pasienten og han må oppleve å bli sett og bekreftet som den person han er. Et godt stell som viser kjærlighet kan være like god ivaretagelse av det åndelige som å høre på fortvilte utsagn fra pasienten. Ånd og kropp er en helhet, og sykepleierens utfordring blir å ta imot det pasienten vil si, og handle ut fra det (Sæteren, 2010). Å ha omsorgen for kreftpasienter i palliativ fase, og kommunisere om det åndelige og eksistensielle kan være utfordrende for mange sykepleiere. Dette viser både erfaringer jeg har, og også litteraturen peker på det. Da kan det være praktisk og til hjelp å ha for eksempel spørsmålene i målsamtalen som jeg beskriver et annet sted i oppgaven. Jeg tenker at når det blir mer fokus på området som gjelder det åndelige og eksistensielle, vil flere og flere sykepleiere bli oppmerksomme på hvor viktig det er for de palliative pasientene å få dette dekket behovene sine på området. Og etter hvert som sykepleierne får mer kunnskaper, erfaring og opparbeider seg personlig kompetanse vil dette komme pasientene til gode. Litt videre i oppgaven har jeg forskningslitteratur som viser til hvordan kompetansen kan økes hos helsepersonell i å støtte pasienter i palliativ fase som har behov for åndelig og eksistensiell omsorg.

I den nasjonale veilederen om «Beslutningsprosesser for begrenning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende» (Helsedirektoratet 2009) står det at helsepersonell skal på en *«hensynsfull måte sørge for at de pasienter som ønsker det, gis mulighet til å tilkjenne sine ønsker og verdier rundt livets avslutning»*. Å få gitt uttrykk for sine verdier dreier seg om hva som virkelig er viktig og mest verdifullt for den enkelte. Slike utfordringer er særlig knyttet til relasjoner, forholdet til oss selv, familie, venner, arbeid, ting, naturen, kunst og kultur, moralske standarder og selve livet (Aass et al., 2013). Kreftsykepleieren må være oppmerksom og aktivt lyttende til pasientens ønsker og verdier. Hvis pasienten selv

ikke er i stand til å uttrykke det, bør man søke opplysninger om dette hos pårørende. Dette kan for eksempel være om pasienten er glad i musikk, og eventuelt hva slags musikk. Eller om de kan ta med bilder av familien, eller hjemstedet til pasienten. Slike ting er med på å hjelpe oss kreftsykepleiere i å bli kjent med og bekrefte pasienten, og kunne kommunisere om hva som er betydningsfullt for den enkelte pasient.

For mange pasienter i palliativ fase er det viktig å få fortalt livshistorien sin, dette kan gi mening og sammenheng i det levde livet (Sæteren, 2010). Om kreftsykepleierens lytting skal ha noe å si for pasienten, må hun forstå hva den dypere mening og den betydning det å få fortelle har for pasientens helse (Sæteren, 2010). To ord som vi skal være oppmerksomme på, er når pasienten omtaler livshistorien sin og bruker ordene *alltid* og *aldri*. Dette er definitive utsagn, og når pasienten for eksempel sier «jeg har alltid klart meg selv» eller «jeg har aldri vært syk» er vi i nærheten av noe basalt. Dette er dype eksistensielle meddelelser som uttrykkes i disse setningene (Overgaard, A.E., 2003). I åndelige og eksistensiell omsorg, kan det ofte være det å ikke gjøre noe, som er vanskelig. Bare å være tilstede hos pasienten kan mange ganger være det viktigste for pasienten. Å lytte til hva pasientene har å fortelle, og å bekrefte at vi som kreftsykepleiere er oppmerksomme på pasientens utfordringer og behov, er viktig. Slik jeg har erfart, er det ikke nødvendigvis slik at pasienten krever noe svar, men bare det å ha noen å formidle sine tanker og følelser til, er viktig. Det er hele tiden pasientens ønsker og behov som er i sentrum, og ikke sykepleierens (Sæteren, 2010).

Det er store utfordringer rent praktisk å sørge for pasientenes åndelige og eksistensielle behov blir ivaretatt. På lindrende enhet hvor jeg har erfaring fra, er det store variasjoner i hvor god tid man har til den enkelte pasient. Så det er ikke alltid like enkelt å få gjort de tiltakene man ønsker overfor de pasientene som er i palliativ fase. Enkelte av disse pasientene er også veldig slitne, så de har ikke initiativ til å starte opp noen samtale. Da er det viktig at hver enkelte sykepleier vet at de har krav på seg til å ta opp rundt det åndelige og eksistensielle området så alle pasientene får den omsorgen de har krav på. Og det er viktig at det blir dokumentert, først og fremst så pasientene skal slippe å gjenta seg selv til mange, men også fordi kreftsykepleier kan lese seg frem til hva som er blitt sagt tidligere. Spørsmål som vi utarbeidet i målskjemaet på lindrende enhet som kan benyttes her er:

- Hva er dine forventninger til oppholdet her? Eventuelt pårørendes.

- Hva kan jeg som kreftsykepleier glede deg med i livet – er det noe du ønsker?
 - Hva er det som gir deg mot til å ta fatt på dagen?-
 - Har du gjort deg opp en mening om hvor du kan tenke deg å være den siste tiden?
 - Ønsker du at vi skal ta kontakt med noen du kan prate med?
 - Noen i nær familie? En venn? En prest?
 - Er det spesielle sanger, musikk, dikt eller bønner som kan gjøre at du kan føle ro?
- (Eller: Som kan gjøre deg godt?)

Erfaringsmessig er det også et godt inngangsspørsmål når man er ute etter å få vite litt om pasientenes verdier og livsfortellingene deres og spørre etter hva de har jobbet med eller hva slags interesser de har. Enkelte har med seg album eller bilder av familiemedlemmer, og disse er også et godt utgangspunkt i å få fatt i livsfortellingene til pasientene. Når livet går mot slutten og pasientene må prioritere hva de vil bruke sine begrensede ressurser på, er det viktig å finne hva som er verdifullt for den enkelte (Aass et al., 2013).

Sæteren (2010) sier at tilstedeværelse på en ikke-krevende måte som lar pasienten være seg selv, ofte er lindrende og har styrkende virkning på pasienten. Mye av det pasienten må forsone seg med på det åndelige planet, er å gi slipp og åpne opp for det nye og ukjente. For å få en viss forståelse og innsikt i den sykes verden, kan en lese bøker som er skrevet av mennesker som har gjennomgått disse erfaringene (Travelbee, 1999).

I dagens helsevesen er det et stort krav om effektivitet og sparing på ressurser. Å utøve åndelige og eksistensiell omsorg krever tid og rom for kreftsykepleier og pasient. For eksempel å lytte til pasientens livshistorie, eller å lytte til pasientenes fortvilte utsagn om at de ikke klarer å mestre livet sitt lenger, de ser ingen gleder og alt er tungt og vanskelig.

De tiltakene som jeg har referert til gjennom litteraturen, og tiltak som jeg har foreslått gjennom oppgaven, er det ideelle. Å få gjennomført dette i praksis, er utfordrende. Både av tidsmessig hensyn, ofte kan det være travelt i avdelingen, men noen av pasientene har få dager igjen å leve. men også mange av helsepersonellets manglende kunnskap, erfaringer og personlig kompetanse som gjelder det åndelige og eksistensielle området til palliative kreftpasienter. Som jeg skrev innledningen, har jeg personlig erfaring fra at det er for lite fokus på dette området, selv på en lindrende enhet. Med å svare på problemstillingen i denne oppgaven; «Hvordan kan kreftsykepleier ivareta åndelige og eksistensielle behov hos

kreftpasienter i palliativ fase» håper jeg at min kompetanse blir hevet på dette området, og at oppgaven er overførbar til min avdeling og mine kollegaer.

En svensk, randomisert, kontrollert studie «*Training Intervention for Health Care Staff in the Provision of Existential Support til Patients With Cancer: A Randomized, Controlled Study*» (Hench, I., Danielson, E., Strang, S., Browall, M., Melin-Johansson, C. 2013) tar for seg om kortvarig undervisning av helsepersonell i et forsøk på å øke deres kompetanse i forhold til støtte og kommunikasjon med kreftpasienter i palliativ fase, er nyttig. Denne studien konkluderer med at kortvarig undervisning med refleksjon forbedrer helsepersonellens trygghet i forhold til å kommunisere med kreftpasienter om åndelige og eksistensielle utfordringer.

Men å ha samtale og planlegge siste tiden en har igjen, er vanskelig for både pasient og personalet. Almac et al., (2012) sin studie «*After you: conversations between patients and healthcare professionals in planning for end of life care*» viser at pasienter i varierende grad er tilbakeholdne, viser unndragelse eller har motvilje mot å starte noen samtale om hvordan de vil ha det den siste tiden. Personalet var ofte var nølende til å ta initiativ til en slik samtale. De var redde for at de skulle ta fra pasientene håpet og var usikre i forhold til når det var hensiktsmessig å komme inn på disse spørsmålene.

Tornøe (1996) skriver at når vi ikke kan helbrede, blir det enda viktigere å trøste og lindre smerte. Imidlertid er det vanskelig for helsevesenet å forholde seg til dette. Man erkjenner menneskets åndsdimensjon, men problemer med å vite hva man skal fylle det med. Opplæring i kommunikasjon for helsepersonell er effektivt i forhold til innhenting av informasjon og støtte til kreftpasienter. Å avgjøre om effekten av opplæring er varig eller oppfølging er nødvendig, eller hva slags type opplæring som er mest virkningsfullt, klarte man ikke å avgjøre (Moore, Rivera Mercado, Grez Artigues, Lawrie, 2013). I denne forskningsartikkelen blir det konkludert med at opplæring i kommunikasjon for helsepersonell gir positive utslag. Jeg vil tro at dette også har overføringsverdi til norske forhold, og hvis det norske helsevesenet skal oppfylle intensjonene i den nye kreftplan 2013-2017, må det kanskje bli mer fokus på kurs for helsepersonell i kommunikasjon med palliative pasienter?

I studien til Strang et al. ble 102 sykepleiere, hjelpepleiere og avdelingsledere spurt om: *“hvordan vil du beskrive termen åndelige og eksistensielle behov?”* Resultatet viste at mange av pleiepersonalet uttrykte åndelige og eksistensielle behov i universelle termer, som ikke behøvde å knyttes til en religiøs tro. Slik jeg ser det, viser dette at det er behov blant helsepersonell å få mer kompetanse innenfor det åndelige og eksistensielle området. Det er behov for mer kunnskap om hva åndelig og eksistensiell omsorg er, hvordan få fatt i pasientens behov, og hvordan gi slik omsorg slik at pasienten mestrer sin situasjon på best mulig måte.

7.4 Å støtte og hjelpe pasienten i religiøse overveielser og forankring

Menneskets åndelig dimensjon er relatert til å tro på Gud, håpet om det evige liv og kjærligheten til Gud og medmennesker i den kristne forståelsesrammen (Tornøe, 1996). I vår kultur er den kristne forståelsesramme mest utbredt, men i Norge i dag møter vi i økende grad andre kulturer og religioner i helsevesenet (Aass et al. 2013). Dette krever at kreftsykepleieren må ha kunnskap om ulike kulturer og religioners tolkningsrammer. (Sæteren, 2010). Den religiøse dimensjonen favner blant annet spørsmål om tro og tvil, mulighet for tilgivelse, Guds nærvær i lidelsen, menneskeverd med tanke på det livet man lever/har levd (Aass et al. 2013). En viktig del av den åndelige omsorgen er å legge til rette for at pasienter med et religiøst livssyn kan få praktisere sin tro. Det kan være vanskelig for kreftsykepleier å respondere på ritualer fremmedkulturelle pasienter har behov for å praktisere, spesielt hvis de er fremmed for en selv. Her må man ta hensyn til pasientens livsforståelse og ikke sin egen (Sæteren, 2010). Den eksistensielle og åndelige omsorgen krever at vi respekterer pasientenes livsverdier og livssyn (Busch & Hirsch, 2008).

Hvis kreftsykepleier eller teamet rundt den syke ikke er i stand til å imøtese pasientenes religiøse behov er det viktig at den nødvendige kompetansen blir hentet inn. Vi må sørge for at pasientene kan få hjelp av representanter fra sitt eget trossamfunn, og stille oss åpne til at pasientene kan gjennomføre de ritualer som hører til pasientens tro (Busch & Hirsch, 2008).

Sterke eksistensielle utfordringer kan forandre et menneskes livssyn (Sæteren, 2010). Menneskets religiøse tro kan settes på prøve når man får alvorlig sykdom og ens eksistens er truet. Enkelte mennesker opplever troen på Gud som en slags forsikring mot framtidige

sykdommer (Arlebrink, 2012). Og når man likevel rammes av alvorlig sykdom, kan det for mange bli vanskelig å forstå hvorfor dette skulle ramme dem. Menneskene kan få tanker og spørsmål om er min vakkende tro sterk nok? (Aass et al., 2013). Kreftsykepleier må tilrettelegge for en atmosfære av medmenneskelighet og trygghet rundt pasientene og være tilgjengelig. Rent praktisk kan dette være å ta seg tid, gi trøst, støtte og vise empati. Man må ha gode tanker om pasienten og respekt for pasientenes åndelige og eksistensielle behov, og være forsiktig så man ikke påvirker med sin egen tro (Lundmark, 2005). utfordringer når pasientene vakler i sin tro, er vanskelig å forholde seg til. Slik jeg ser det, er det viktig at kreftsykepleier ser seg selv i situasjonen, og hvis hun ikke er i stand til å dekke de religiøse og åndelige behovene pasientene har, er det nødvendig å trekke inn andre ressurspersoner. Det kan være både diakon eller prest, eller andre personer som pasientene uttrykker ønske om å snakke med. Sykepleieren må ha tro på det hun gjør i å hjelpe pasienten i å finne mening i tilværelsen, hvis ikke er hjelpen nytteløs (Travelbee, 1999).

8. Konklusjon

Som jeg skrev innledningsvis i denne oppgaven, er det foreløpig for lite fokus på åndelige og eksistensielle utfordringer som rammer pasienter i palliativ fase. Dette er noe både pensumlitteraturen og forskningslitteraturen jeg har anvendt i oppgaven bekrefter. Årsakene er mange. Helsevesenet setter krav til effektivitet, og for å gi åndelige og eksistensiell omsorg, må kreftsykepleiere ha tid til samtaler med pasientene. Helsepersonell er usikre på hvordan de skal gi slik omsorg, og hva slik omsorg skal inneholde.

Forskning viser at pasientene i palliativ fase strever med åndelige og eksistensielle spørsmål, og når de får dekket dette behovet gir det seg positive utslag.

Vi som kreftsykepleiere må bli flinkere til å ta initiativ til å ta opp temaet med pasientene. Vi må bli mer kompetente i håndtere situasjoner rundt pasienter i palliativ fase som gjelder det åndelige og eksistensielle. Forskning viser at det er hensiktsmessig med kursing av personalet, selv undervisning av kort varighet har effekt. Slik jeg ser det, er at det i tillegg til at helsepersonell får mer kunnskap når de får undervisning om åndelig og eksistensiell omsorg, blir det også mer fokus rundt dette viktige temaet.

9. Referanseliste:

- *Aass, N., Haugen, D. F., Rosland, J. H., Jordhøy, M., Dønnem, T., Knudsen, A. K., & bidragsytere, Ø. (2013). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. HelseDirektoratet lokalisert på <http://www.helseDirektoratet.no/publikasjoner/>
- *Almack, K., Cox, K., Moghaddam, N., Pollock, K., Seymour, J. (2012). After you: conversations between patients and healthcare professionals in planning for end of life care. *BMC Palliative Care*. doi: 10.1186/1472-684X-11-55
- Antonovsky, Aaron. (2012). *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- *Arlebrink, J. (2012). *Existentielle spørsmål – inom vård og omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Busch C. J. og Hirsch, A. (2011). *Eksistensiell og åndelig omsorg*. I Kaasa, S. red. Palliasjon. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- *Cannaerts N., Dierckx De Casterlè, B., Grypdonck, M. (2005). Palliative care involved a specific concept of care focusing on life and optimizing patient quality of life. *Evidence-Based Nursing*. 2004; 14816-35
- *Corwin, G. (2005). *Idas dans*. Spydeberg: Dynamo Forlag
- Dalland, Olav (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Daidsen-Nielsen, M. (1997). *Blant løver. Å leve med en livstruende sykdom*. Oslo: Tano Aschehoug
- *Fugelli, P. (2010): *Døden, skal vi danse?* Oslo: Universitetsforlaget
- Helsebiblioteket (2009). Retningslinjer for palliasjon. Lokalisert på <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/1.innledning-revidert-2009/definisjon-av-palliasjon>

- Helsedirektoratet (2013). Nasjonal kreftstrategi 2013-2017. Lokalisert på <http://www.helsedirektoratet.no/finn/Sider/results-finn.aspx?k=nasjonal%20kreftstrategi>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Forskrift om verdig eldreomsorg. Paragraf 3. lokalisert på <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426?q=forskrift+om+verdig+eldreomsorg>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Lokalisert på <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- *Hench, I., Danielson, E., Strand, S., Browall, M., Melin-Johansson, C. (2013). Training Intervention for Health Care Staff in the Provision of Existential Support to Patients With Cancer: A Randomize, Controlled Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.01.013>
- Kvåle, K.(2007). Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communications needs. *Eur J Oncol Nurs*. (2007)11(4): 320-7
- Kaasa, S. (2011). *Palliasjon*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kirkevold, M. (2002). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Gyldendal Akademiske
- *Lidelse. (s.a.). I Merriam Webster online. Lokalisert på <http://www.merriam-webster.com/netdict.html>
- *Lundmark, M. (2005). Andlig omvårdnad – definition av begreppet och svårigheter med att ge sådan enligt svensk vårdpersonal. *Vård i Norden*. 4: 30-36
- *Mok, E., Lau K.P., Lai T., Ching S. (2012). The meaning of life intervention for patients with advanced-stage cancer: development and pilot study. *Oncology Nursing Society*. Doi: 10.1188/12.ONF.E480-E488
- *Moore, P.M., Rivera Mercado, S., Grez Artiques,M., Lawrie, T.A. (2013). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer (Review). *The Cochrane Library*. Doi: 10.1002/14651858.CD00353751.pub3.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, (2014). Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrenning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende, Helsedirektoratet 2009. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-veileder-for-beslutningsprosesser-begrensning-av-livsforlengende-behandling-hos-alvorlig-syke-og-doende/Sider/default.aspx>

Nordtvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V., Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!* Oslo: Akribe

*Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. Oslo: NSF.

*Nordøy, T., Svendsen, R., Johansen, M.J., Buitink, M., Ervik, B., Aasebø, U., Magnussen, K., Boge, J. (2012): *Lindring i Nord*. Håndbok i lindrende behandling. Kompetansesenter for lindrende behandling i helseregion nord. (Universitetet i Nord-Norge, Tromsø)

*Overgaard, A.E. (2003). *Åndelig omsorg – en lærebog*. Kari Martinsen, Katie Eriksson og Joyce Travelbee i nyt lys. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck

Reitan, A.M. (2011). *Eksistensiell og åndelig omsorg*. I Kaasa, S. red. Palliasjon. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Skaug, G.M. (2011). *Gode fagfolk vokser*. Oslo: Cappelen Damm AS

Skårderud, F. (2014, 14. februar). Min sykdom er ikke uforutsigbar, den er avklart... *Aftenposten, A-magasinet*.

*Strang, S., Strang P., Ternstedt B-M. (2002) Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of Clinical Nursing; 11:48-57*

Sæteren, B. (2010). *Åndelig og eksistensiell omsorg*. I Reitan A.M. og Schjølberg T. Kr. (red) *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe

*Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget

*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

World Health Organization. (2014). WHO Definition of Palliative Care. (12.02.14)
Lokalisert på <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Selvvalgt litteratur er merket med *.

Søketreff kandidatnr. 616 – Vedlegg 1

Søkeord:	Databaser:	Antall treff:	Begrunnelse for eksklusjon:	Antall lest:	Antall inkludert:
Cancerpatients and spiritual care and end of life	Pub-Med	21 (begrenset her til å søke på siste 5 år)	Lest abstract, og fant denne mest relevant til min problemstilling.	21 Titler 7 abstract	1
«Cancer» «communication»	Cochrane	16	Lest titler og abstract, mest relevant	16 titler, 2 abstract	1
«existential» nurse palliativ care	Cochrane	3	Mest relevant	3 titler og 2 abstract	2

Litteratormatrise over relevante artikler

Referanse:	Hensikt/ Problemstilling og/eller forsknings- spørsmål	Metode og utvalg:	Resultat/ diskusjon/ konklusjon:	Styrke/ svakheter:
Lundmark, M. (2005). Andlig omvårdnad – definition av begreppet och svårigheter med att ge sådan enligt svensk vårdpersonal. Vård i Norden. 4: 30-36	Belyse svensk helsepersonells forståelse og tilnærming til åndelig sykepleie i en svensk holistisk sykepleiesammenheng	Kvalitativt intervju. Deltagere rekruttert fra en kreftavdeling på et svensk sykehus. Sykepleiere og hjelpepleiere. Intervju i form av spørreskjema, åpne spørsmål.	73% svarte. Bredt spekter av problemer med å gi åndelig omsorg; personalets forhold til egen religion, mangel på utdanning, dårlig organisering og andre praktiske problemer.	Hensikten med studien tydelig formulert, kvalitativ tilnærming hensiktsmessig, resultatene er valide- utvalget beskrevet.
Cannaerts N., Dierckx De Casterlè, B., Grypdonck, M. (2004). Palliative care involved a specific concept of care focusing on life and optimizing patient quality of life. Evidence-Based Nursing. 2004; 14816-35	Palliativ omsorg som fokuserer på livsglede og livskvalitet den siste levetiden.	Kvalitativ studie. 24 tverrfaglig helsepersonell intervjuet 8 pasienter og 9 pårørende (ikke til pasientene).	Stort samsvar mellom funn hos pasienter, pårørende og helsepersonell. Når helsepersonell hadde strategier for å imøtekomme pasientenes og pårørendes behov i åndelig og eksistensiell omsorg, økte dette livsgleden.	Formålet tydelig formulert, kvalitativ tilnærming hensiktsmessig, resultatene kan stoles på. Datainnssamlingen ikke tilstrekkelig – for lite utvalg for å gi et allmenngyldig resultat. Ingen redegjørelse for forskerens faglige bakgrunn. Data er underbygget – resultatene er presentert for et annet palliativt team. Etske forhold er vurdert.
Henoch, I., Danielson, E., Strang, S., Browall, M., Melin-Johansson, C. (2013) Training Intervention for Health Care Staff in the Provision of Existential Support to Patients With Cancer: A Randomized, Controlled Study. Journal of Pain and	Å undersøke effekten av undervisning for helsepersonell i forbindelse med eksistensielle utfordringer, støtte og kommunikasjon til kreftpasienter.	Randomisert, kontrollert studie med undervisning bestående av teoretisk gjennomgang av eksistensielle spørsmål kombinert med individuelle- og gruppe-refleksjoner. 102 kreftsykepleiere deltok. Undersøkelsen ble gjort ved starten på	Trygghet i kommunikasjon økte betraktelig. Holdningen til pleie av døende ble ikke forbedret i studiegruppen.	Formålet klart formulert, resultatene er til å stole på. God beskrivelse av randomiseringsprosedyren, gruppene behandlet likt, alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien. Resultatene kan oppsummeres i 43 setning. Ingen p-verdi oppgitt.

Symptom Management. Doi: 10.1016.j.jpainsym man.201301.013		studiet, umiddelbart etter oppstart og etter 5-6mnd.		Praksis kan endres, nyttig.
Moore, P.M., Rivera Mercado, S., Grez Artigues, M., Lawrie, T.A. (2013) Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer (Review). The Cochrane Database of systematic reviews 2013. Doi: 10.1002/14651858.CD003751.pub3	Å vurdere om opplæring i kommunikasjon er effektivt i å øke ferdighetene til helsepersonell innen kreftomsorg og å forbedre pasientens helsetilstand og tilfredshet.	Oversiktsartikkel. Oppdatert versjon; Forfatterne har søkt i CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, Psycinfo og Cinahl frem til feb. 2012. I tillegg plukket ut relevante artikler fra referanselinser og konferansmateriell. I utplukkede studier deltok 1147 helsepersonell derav 536 leger, 522 spl. Og 80 annet helsepersonell	Opplæring i kommunikasjon for helsepersonell er effektivt i forhold til innhenting av informasjon og støtte til kreftpasienter. Man klarte ikke å avgjøre om effekten av opplæring er varige eller oppfølging er nødvendig, eller hva slags type opplæring som er mest virkningsfullt.	Formålet klart formulert og klare kriterier for inklusjon av enkeltstudiene. Søkt i relevante databaser, ingen risiko for bias. Analysen gjennomført på en tilfredsstillende måte, resultatene kan oppsummeres i en setning. Resultatene kan overføres til praksis og viktige utfallsmål ble vurdert. Praksis bør ikke endres som følge av funnene, Klarer ikke å vurdere effekten over tid. Rapporten har ingen definitive konklusjoner.
Almack, K., Cox, K., Moghaddam, N., Pollock, K., Seymour, J. (2012). After you: conversations between patients and healthcare professionals in planning for end of life care. BMC Palliative Care. doi: 10.1186/1472-684X-11-55	Å undersøke når, hvor og hvordan samtaler om palliativ pleie og døden med pasienter og pårørende skal foregå. Hvordan dette best skal tilrettelegges.	Benyttet kvalitative intervju og intervjuet 18 pasienter, gjennomsnittlig alder på 75, 11 pårørende, gjennomsnittlig alder 65 og 15 helsepersonell.	Pasientene viste varierende grad av tilbakeholdenhet, unndragelse eller motvilje mot å starte noen samtaler, mens ansatte var ofte nølende til å gjøre det. Personalet var redd de skulle ta bort håpet fra pasientene og var usikre på når det var hensiktsmessig å snakke om palliativ pleie. Personalet ble ofte styrt av signaler fra pasienten eller av intuisjon.	Formålet tydelig formulert, kvalitativ tilnærning hensiktsmessig, resultatene kan stoles på. Datainnssamling er ikke tilstrekkelig – for lite utvalg for å gi et allmenngyldig resultat. Redegjort for bakgrunnsforhold, tydelig frem hvordan analysen ble gjennomført. Litteratur er brukt for å underbygge data. Studien har etisk godkjenning. Funnene er nyttige og kan brukes i min praksis.
Mok, E., Lau K.P., Lai T., Ching S. (2012). The meaning of life	Å utvikle en «meningen-med-livet» samtale/intervensjo	En pilot-studie hvor 45 pasienter i palliativ fase deltok, og 40 i palliativ fase	Samtalene hadde god effekt på pasientene, spesielt på eksistensiell	Formålet tydelig formulert, kvalitativt intervju hensiktsmessig

<p>intervention for patients with advanced-stage cancer: development and pilot study. Oncology Nursing Society. Doi: 10.1188/12.ONF.E480-E488</p>	<p>n ved hjelp av korte og meningsfylte samtaler.</p>	<p>i en kontrollgruppe som ikke fikk disse spørsmålene.</p>	<p>smerte.</p>	<p>tilnærming. Resultatene kan stoles på, begrenset antall som har svart. Ingen skjult gruppetilhørighet, fortolkning av data forståelig, , etiske forhold vurdert og hovedfunnene kommer tydelig frem. Resultatene kan brukes i min praksis.</p>
---	---	---	----------------	---

Systematisere spørsmål etter PICO

Kandidatnr. 616 – vedlegg 3

Hvordan kan kreftsykepleier ivareta åndelige og eksistensielle behov hos kreftpasienter i palliativ fase?

P patient problem	I intervensjon	C comparsion	O outcome
Kreft pasient Cancer Neoplasme Suffering Terminally ill	Kommunikasjon Palliativ omsorg Spiritual care Communication Nurse Oncology Nurse		Quality of life Coping End of life