

Kandidatnummer.: 5295 og 5323

BSYBAC5 V21

Bacheloroppgave i Sykepleie



**Universitetet
i Stavanger**

*Hvordan kan sykepleier ivareta åndelige og eksistensielle behov
hos palliative pasienter?*

Det helsevitenskaplige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 05.05.2022

FORORD

«Døden betyr ro, men tanken på døden forstyrrer enhver ro»

Sammendrag

Bakgrunn: Palliative pasienter har rettigheter rundt å oppleve ivaretagelse av den åndelige og eksistensielle behovene. I tillegg skal helhetlig sykepleie innebære det å ta hensyn til og ivareta pasientenes åndelige og eksistensielle behov. Men hva legges egentlig i dette?

Hensikt: Å få et overblikk over hvordan sykepleiere kan identifisere, kartlegge og tilrettelegge for de åndelige og eksistensielle behovene til palliative pasienter, som resulterer i å lettere kunne ivareta disse.

Metode: Integrativ litteraturoversikt basert på empirisk data og faglitteratur. Fire kvalitative artikler ligger til grunn for analyse.

Resultater: Viser at sykepleierne har for lite kunnskap rundt den aktuelle problemstillingen, og det belyses flere grunner til hvorfor det er sånn og hva som kreves for at de åndelige og eksistensielle behovene skal bli møtt på som de palliative pasientene ikke bare trenger, men har en rett på. I tillegg frykt og usikkerhet grunner til at sykepleiere vegrer seg for å gå inn på disse behovene.

Nøkkelord: Palliasjon, åndelig og eksistensielt behov, omsorg, sykepleier, ivaretagelse, sykepleier, kartlegging, kommunikasjon, sykepleier, relasjon

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemformulering	1
1.3 Hensikt med oppgaven	2
1.4 Begrepsavklaring/avgrensning	2
2.0 TEORI OG BAKGRUNNSSTOFF.....	3
2.1 Sykepleiens grunnlag	3
2.2 Palliativ behandling og omsorg.....	3
2.3 Sykepleierens utfordringer som medmenneske og fagperson.....	3
2.4 Åndelig og eksistensiell omsorg.....	3
2.5 Kommunikasjon og relasjon.....	4
2.6 Travelbees sykepleiedefinisjon og interaksjonsteori.....	5
2.7 Etikk og juridiske retningslinjer	6
3.0 METODE	7
3.1 Valg av metode.....	7
3.2 Søkeprosess	7
3.2.1 Valg av søkestrategi og avgrensninger.....	7
3.2.2 Valg av databaser	8
3.2.3 Valg av søketeknikk og søkeord	8
3.2.4 Valg av artikler og kvalitetsgransking.....	9
3.2.5 Analyse av artikler.....	10
4.0 RESULTATER	11
4.1 Kartlegging av åndelige/eksistensielle behov	11
4.1.1 Sykepleiers holdninger og erfaringer	11
4.1.2 Identifisere og adressere åndelige/eksistensielle behov	12
4.1.3 Tilrettelegging	14
4.1.4 Tverrfaglig teamstøtte	14

4.2 Relasjonsbygging	15
4.2.1 Kommunikasjon	15
4.2.2 Initiativet	16
4.2.3 Åndelig støtte	17
5.0 DISKUSJON	18
5.1 Metodediskusjon	18
5.1.2 Valg av metode.....	18
5.1.3 Land, arena og årstall for studiene	18
5.1.4 Deltakerne i studien.....	19
5.1.5 Ethiske forhold	19
5.2 Resultatdiskusjon	20
5.2.1 Kartlegge åndelige og eksistensielle behov.....	20
5.2.2 Relasjonsbygging	22
6.0 KONKLUSJON	25
Litteraturliste	26
Vedlegg 1: Oversiktstabell over analyserte artikler	29

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har gjennom praksis sett viktigheten ved å legge til rette for at palliative pasientene skal ha det best mulig den siste tiden. Samtidig har vi som sykepleierstudenter kjent på ubehaget som kommer med palliasjon, og hvordan vi skal håndtere både våre egne og pasientene sine tanker og følelser rundt dette. Ved å grave dypere inn i de åndelige og eksistensielle behovene, kan vi få en bedre forståelse rundt hvorfor og hvordan nettopp dette temaet er essensielt i behandlingen for palliative pasienter. De åndelige og eksistensielle behovene blir ikke godt nok ivaretatt av det Norske helsevesenet, noe som Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen kan bekrefte (Helsedirektoratet, 2015a). Med dette tatt i betraktning har vi derfor lyst til å skaffe oss mer kunnskap som omhandler de åndelige og eksistensielle behovene. Vi ønsker også å lære hva som er grunnen for at disse behovene ikke blir tilstrekkelig ivaretatt, og hva som kan bli gjort annerledes for å tilegne mer kunnskap slik at ivaretagelsen av åndelige og eksistensielle behov til palliative pasienter kan bli mer integrert i den daglige sykepleien.

1.2 Problemformulering

Pasienter som får en uhelbredelig sykdom og forstående død har en innvirkning på alle livets områder. Palliative pasienter har en forventet levetid på mindre enn 9-12 måneder som utgjør et tilstrekkelig behov av helhetlig omsorg og lindrende behandling som kan sikre best mulig livskvalitet. Åndelig og eksistensielle spørsmål fremtrer tydeligere ved sykdom og har en stor betydning for alvorlig syke mennesker. Helsepersonell bør tilrettelegge for at pasient og pårørende får muligheten til å snakke om åndelige og eksistensielle behov da dette kan øke livskvaliteten. Åndelig omsorg skal ikke påtvinges den enkelte da slike temaer kan være svært inngripende i pasientens integritet. Tilbudet om ulike former for støtte må tilpasses den enkeltes behov og ønsker (Helsedirektoratet, 2017).

1.3 Hensikt med oppgaven

Denne bacheloroppgaven har som hensikt å beskrive palliative pasienters åndelige og eksistensielle behov, der søkelyset rettes mot hvordan sykepleiers utøvelse ivaretar disse. Oppgavens formelle hensikt er et avsluttende eksamensarbeid ved Bachelor i sykepleie ved Universitetet i Stavanger.

1.4 Begrepsavklaring/avgrensning

RELASJON: Begrepet brukes i sykepleierfaget om den enkeltes hjelpers forhold til pasienter, pårørende, kolleger og samfunnet (Eide, et al. 2014, s. 17).

FENOMENET: Betegnes i dagligtalen som en begivenhet eller ting av høyst usedvanlig karakter. I vårt tilfelle har vi valgt å knytte dette til det åndelige/eksistensielle.

KLINIKK: En behandlingsinstitusjon. Enhver tjeneste eller behandling som ikke krever sykehusinnleggelse.

INTERAKSJON: En term som refererer til all kontakt der to individer øver gjensidig innflytelse på hverandre og kommuniserer verbalt og/eller non-verbalt. (Travelbee, 2018)

TERAPEUTISK: Defineres som «det som gjelder behandling av sykdom eller plage ved hjelp av virksomme midler eller metoder» (Travelbee, 2018).

ICMJE: “The International Committee of Medical Journal Editors”. Utarbeider retningslinjer for vitenskapelige artikler hvor revisjonen inneholder etiske standarder.

IMRaD – struktur: “Introduction, Methods, Results and Discussion”. En mal for oppbygging av vitenskapelig artikkel (Dalland, 2012, s.79).

2.0 TEORI OG BAKGRUNNSSTOFF

2.1 Sykepleiens grunnlag

Sykepleie beskrives som *«en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene»* (Travelbee, 2018, s. 29).

2.2 Palliativ behandling og omsorg

Palliasjon er en aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindre fysisk smerte og andre symptomer er sentrale i forløpet, i tillegg er tiltak rettet mot det psykiske, sosiale og det åndelige/eksistensielle sentralt i den palliative behandlingen (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012, s. 300). Pasientens plager er ofte sammensatte, som gjør at palliasjon derfor krever bred tilnærming til både pasient og pårørende. Å tilstrebe et godt tverrfaglig samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten står derfor svært sentralt for å oppnå en god palliativ behandling og etter hvert terminal pleie (Kaasa & Haugen, 2006, s. 294).

2.3 Sykepleierens utfordringer som medmenneske og fagperson

På det menneskelige plan kan sykepleier kjenne på sin personlige sårbarhet, mens på det mellommenneskelige plan møter en pasienters og pårørendes sårbarhet, og som sykepleier skal en derfor tenke gjennom disse utfordringene og hva disse handler om (Kristoffersen et al. 2012, s. 302). Den indre tryggheten er sin faglige kompetanse, personlig utvikling og økende engasjement. Den ytre tryggheten er forholdene rundt arbeidssituasjonen som kommer gjennom god kommunikasjon, tid til å ivareta pasient og pårørende, kontinuitet i arbeidet og gode ritualer som gjør døden til en verdig hendelse for både pasient og sykepleier (Kristoffersen et al. 2012, s. 304).

2.4 Åndelig og eksistensiell omsorg

Åndelig og eksistensiell omsorg handler om å møte og støtte mennesker i deres søken etter mening, håp, tilhørighet, tro og livstolkning, samt være oppmerksom på pasienters åndelige spørsmål, ressurser og behov.

Ordet «spirituality» har blitt oversatt til «åndelig og eksistensiell» i Norden. Vi kan dele dette begrepet inn i tre dimensjoner: den eksistensielle dimensjonen, den verdimeslige dimensjonen og den religiøse dimensjonen (Helsedirektoratet, 2019, s. 37)

FICA er et åndelig kartleggingsverktøy som står for «Faith, Importance, Community, Adress». Grunnlaget for verktøyet er at det skal hjelpe helsepersonell med å løse åndelige problemer hos pasienter. Deltakerne uttrykte at roen eller det åndelighet var viktig og hjalp dem med å håndtere og kontrollere deres stress. For mange var troen og deres åndelighet en sentral faktor i deres bestemmelser for videre behandling (Bornemann, Ferrell & Puchalski, 2010).

2.5 Kommunikasjon og relasjon

Profesjonell, helsefaglig kommunikasjon er basert på yrkets verdigrunnlag. Sykepleie skal ytes «uavhengig av alder, hudfarge, trosoppfatning, kultur, funksjonshemming eller sykdom, kjønn, seksuell legning, nasjonalitet politisk oppfatning, etnisk bakgrunn eller sosial status» (jf. ICN, 2006).

Nonverbal kommunikasjon er en grunnleggende, profesjonell ferdighet som hjelperen anvender gjennom hele hjelpeprosessen. Det viktigste er å møte den andre på en bekræftende, oppmuntrende og bestyrkende måte, og gjennom det å skape en trygghet og tillit som den andre trenger for å åpne seg, dele tanker og følelser (Eide, et al. 2014, s. 199). Ofte flertydig og av denne grunn vanskelig å tolke. Prøve seg frem med ydmykhet, varsomhet, åpenhet og undring for å kunne tolke kommunikasjonen riktig. Viktig å være bevisst på kroppens unike måte å kommunisere på til enhver tid (Eide & Eide, 2014, s. 202)

Det å lytte er en enkel og god, men også en svært krevende handling der oppmerksomhet, interesse og konsentrasjon er viktige faktorer for å oppnå best mulig lytting. Å være den som lytter, handler å være åpen og bekræftende og vi kaller dette derfor aktiv lytting. Aktiv lytting og generell åpenhet kan gjøre pasienter sårbare, og spørsmål knyttet til identitet oppleves ofte som sensitive temaer (Kristoffersen et al. 2012, s. 31). Bekrefte er gi anerkjennelse som kan bidra til å utvikle selvaktelse. Dette innebærer en følelse av egenverd og selvrespekt. Å bekrefte seg selv og bli bekreftet av andre er begge deler nødvendig for å kunne oppleve seg selv som verdifull (Kristoffersen et al. 2012, s. 32). Humor er et redskap som kan lette på stemningen,

løse opp indre kamper og avvæpne konflikter, men det er nødvendig å være bevisst på at hva pasienter synes er morsomt er subjektivt (Kristoffersen et al. 2012, s. 33).

En god relasjon kan være avgjørende for behandlingsresultatet og evnen til å lytte, forstå den andre, til å skape god kontakt og allianse er en viktig faktor for motivasjon til endring og utvikling videre (Eide, et al. 2014, s. 140). Den eksistensielle sannhet av etisk karakter gjelder alle mellommenneskelige forhold, men likevel blir den ekstra tydelig i sykepleien, da mennesker blir utlevert til sykepleierens omsorg (Martinsen, 2015, s. 155). Å opprette kontakt med andre mennesker som tar opp spørsmål som omhandler deres identitet, krever en varsom og aktpågivende tilnærming, men det betyr likevel ikke at vi skal være passive i møte med disse menneskene (Kristoffersen et al. 2012, s. 27). Enhver situasjon er en maktrelasjon, fordi vi ikke kan forholde oss personlig til andre uten å utlevere og sette oss selv på spill. Selvtutlevering er livets grunnfenomener og har røtter i naturlig tillit og en forventning om å bli tatt imot, forstått og akseptert (Eide, et al. 2014, s. 105).

2.6 Travelbees sykepleiedefinisjon og interaksjonsteori

Mennesker kontinuerlig står i valg og konflikter som igjen blir ansvarlige for de valgene vi utfører videre i livet. Hennes teorier har resultert i boken «mellommenneskelige forhold i sykepleie» (Travelbee, 2018, s. 32). I palliative tilfeller er sykepleiers funksjon å oppnå optimal helse på høyest mulig nivå, og ikke gjenvinne helse, da det i palliativ fase ikke lenger er mulig (Travelbee, 2018, s. 36).

Sykepleier-pasient-interaksjonen refererer til all kontakt mellom en sykepleier og en syk person, der begge parter har en stereotyp oppfatning av hverandre da ingen av disse ser på hverandre som et eget individ. Samhandling skjer når sykepleieren gir den syke direkte fysisk omsorg, helsefremmende undervisning eller tilrettelegger den sykes aktiviteter. (Travelbee, 2018, s. 178) Sykepleieintervensjoner har som hensikt å hjelpe enkeltindividet, familien og samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. Om nødvendig finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2018, s. 219)

For å bruke seg selv terapeutisk effektivt i sykepleiesituasjoner er det vesentlig at en vet hvordan ens adferd påvirker andre. Ved å gradvis øke selvinnsikten kan en bli i stand til å gi slipp på automatiske og stereotypiske reaksjoner som igjen kan resultere i å etablere nye og mer virksomme relasjoner til de palliative pasientene. Å kunne bruke sin egen personlighet på en bevisst og målrettet måte i forsøk på å etablere et forhold som strukturer

sykepleieintervensjonen. For å oppnå dette kreves det selvinnsikt, selvforståelse, innsikt i drivkreftene bak menneskelig atferd, evnen til å tolke både egen og andres atferd i tillegg til å intervensere effektivt i sykepleiesituasjoner. (Travelbee, 2018, s. 44-45)

2.7 Etikk og juridiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer utgjør standarder og normer som rettledning for hva som skal bli vektlagt i vanskelige situasjoner. Retningslinjene er basert på en kodeks som er basert på etiske begreper innenfor sykepleien som er utarbeidet av International Council of nurses (Slettebø, 2014, s. 16). I ICNs etiske regler for sykepleier står det: *«Sykepleie bygger på respekten for menneskerettighetene, herunder kulturelle rettigheter, retten til liv og valgfrihet, til verdighet og bli behandlet med respekt»* (ICN, 2006).

- Helse- og omsorgstjenesteloven: regulerer forholdet mellom pasient/bruker og kommuner når det ytes primærhelsetjenester og andre tjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).
- Spesialisthelsetjenesteloven: regulerer oppgavene til spesialisthelsetjenestene, i dette tilfelle sykehusene og deres forhold til pasientene (Molven, 2019, s. 31).
- Samhandlingsreformen: kommunene og de regionale helseforetakene har gjensidig samarbeidsplikt som vil si at de skal samarbeide slik at helse- og omsorgstjenesten i landet samlet kan yte best mulig helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

3.0 METODE

«Metoden forteller oss noe om hvordan man bør gå til verks for å framskaffe eller etterprøve kunnskap» (Dalland, 2017, s. 51). Metode er en fremgangsmåte som hjelper oss å besvare ulike problemstillinger. Dermed tilrettelegger metode for en utvidelse av eget kunnskapsnivå, med mål om en klarere bevissthet (Dalland, 2017, s. 52).

3.1 Valg av metode

Vi har valgt å benytte oss av integrativ litteraturoversikt som metode for vår besvarelse.

En slik arbeidsmetode handler få oversikt over et avgrenset fagområde basert på et systematisk utvalg empirisk data. Kartlegging vil være nødvendig for å kunne få en oversikt over tidligere studier som har blitt forsket på. Dette vil kunne gi et bedre utgangspunkt til å analysere og forstå hensikten til hvordan studien har fått sine resultater (Friberg, 2017, s. 141-142). Et kjennetegn ved en integrativ litteraturoversikt er at den fokuserer på å frembringe resultatene fra de ulike artiklene til en «helhet». Metoden gir rom for både kvantitative og/eller kvalitative forskningsmetoder (Friberg, 2017, s. 142-143).

Vår oppgave er basert på kvalitativ innhenting av data, da vi anser metoden som mest relevant for vår problemstilling. Kvalitativ metode retter seg mot de ikke-tallfestede egenskapene hos undersøkelsespersonene, i form av tekst og verbale utsagn. Metoden tar sikte på tilegnelse av data primært basert på intervju og observasjoner, og har intervjuobjektene subjektive opplevelser, erfaringer, forventninger og behov i fokus (Friberg, 2017, s.129).

3.2 Søkeprosess

3.2.1 Valg av søkestrategi og avgrensninger

Det innledende søket «palliasjon» ga en grov oversikt over eksisterende forskning på det aktuelle fagfeltet. I et ønske om å tilegne oss en tydelig struktur over problemområdet utnyttet vi PICo-modellen, se Tabell 1 (helsebiblioteket, 2016). Dette hjelpeverktøyet bidro til å stille presise faglige spørsmål, samt tydeliggjøre problemstillingen. Ved å sette fokus på oppgavens populasjon, fenomen og kontekst hjelper modellen til med å sette strek under hva som skal studeres. Som et viktig element i spørsmålsformuleringen medførte dette til en planlagt systematisk søkestrategi. Dette ga igjen en tilretteleggende litteratursøking (Friberg, 2017, s. 41-42)

Tabell 1: PICo-modellen

P	Population / problem	Sykepleier sin utøvelse av helhetlig sykepleie
I	(Phenomenon of) Interest	Åndelig/eksistensiell behov
Co	Context	Bedre ivaretagelsen av palliative pasienter

For å kvalitetssikre data gjennomførte vi en rekke avgrensninger. Litteraturavgrensningen slik som å inkludere og ekskludere tekster formet søkeprosessen vår og spisset datainnsamlingen (Friberg, 2017, s. 46). Våre avgrensninger baserte seg på tid, språk, dokumenttype og fagfelleverderte forskningsartikler. Tabell 2 viser en oversikt over våre avgrensninger som ble brukt i søkeprosessen.

Tabell 2

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Peer reviewed	Systematic review
Kvalitativ forskning	Kvantitativ forskning
Årstall 2011-2022	Årstall før 2012
Pasienter over 18 år	Pasienter under 18 år
Sykepleie- og pasient perspektiv	Pårørendeperspektiv
Språk (engelsk, norsk, svensk og dansk)	

3.2.2 Valg av databaser

Får å komme fram til våre artikler brukte vi helsevitenskaplige databasene «CINHAL» og «British Nursing Index». Vi utførte også søk i Idunn, SveMed+, «Medline», og «Pubmed», men ingen artikler ble relevant vår problemstilling.

3.2.3 Valg av søketeknikk og søkeord

I informasjonssøkingen eksperimenterte vi med ulike søkeord, og kom fram til at vi ønsket å bruke Boolesk søketeknikk. En slik teknikk kjennetegnes av såkalte søke-operatorer som brukes for å søke med flere ord samtidig. De vanligste kombinasjonsordene er AND, OR, og NOT. I tabell 3, har vi brukt AND for å *avgrense* søket slik at alle søkeordene inkluderes i

artikkelreferansen. For å *utvide* søket brukte vi den andre operatoren, OR (Friberg, 2017, s. 72). Trunkering er en annen teknikk som ble benyttet for å oppnå ulike varianter av et ord. Ved å bruke stammen av ordet og avslutte med et trunkeringstegnet (*) forårsaket dette at alle bøyingsformer dukket opp i den gjeldende databasen (Friberg, 2017, s. 71).

Tabell 3: Søkelogg

Database	Søkeord	Søketeknikk	Avgrensninger	Antall treff/ antall lest abstrakt
British Nursing Index	Spiritual, existential Palliative, care,	(“Spiritual care” OR “Existential care”) AND “Palliative” AND “Nurs*”	2012-2022 Peer reviewed Vestlig Nursing perspective	442/ 22
CINAHL	Palliative, care, nurse, Spiritual, needs	“Palliative care” AND (“Spiritual needs” OR Existential needs) AND “Nurs*”	2012-2022 Peer reviewed Vestlig	233/30
CINAHL	Nurse, nursing, palliative patients, spirituality, existential	(“Nurse” OR “Nursing”) AND palliative patients AND (“Spirituality” OR “Existential”)	2012-2022 Peer reviewed Vestlig	29/29
CINAHL	Spiritual, distress, palliative patients	“Spiritual distress” AND “Palliative patients”	2010-2022 Peer reviewed Vestlig	90/4

3.2.4 Valg av artikler og kvalitetsgranskning

I arbeidet med å velge artikler sjekket vi om de fagfellevurderte tidsskriftene var pålitelige. Kildens troverdighet innebærer at artiklene er *gyldige* og *holdbare*, hvilket taler positivt for kildens kvalitet (Dalland, 2017, s.46). IMRaD-struktur ble lagt til grunn for seleksjon av artikler. Alle artiklene er originalartikler, det vil si forskning som publiseres for første gang (Dalland, 2017, s.50). Artiklenes gyldighet og grad av vitenskapelig karakter ble verifisert med DOI- og ISSN-nummer. Publikasjoner fra Danmark, Storbritannia, USA og Australia ble inkludert i samsvar med de overnevnte kravene. En av våre utvalgte artikler ble funnet gjennom sekundærsøk. Vi brukte sekundærsøk for å finne vår siste artikkel. Dette utføres ved å ta

vare på interessante data for deretter å gå igjennom referanselisten. Et bra sluttresultat forekommer når man tillater sekundærsøking (Friberg, 2017, s. 78).

3.2.5 Analyse av artikler

En ny helhet oppstår gjennom et analysearbeid hvor helheter beveger seg til deler, og derfra deler til helhet (Friberg, 2017, s. 135). Prosessen indikerer å analysere likheter og ulikheter i studiene som resultater til nytt materiale. Artikkene våre er lest igjennom flere ganger for å sikre at relevant innhold oppfattes. Hovedfokuset i analysen ble rettet mot studiens resultater. Hovedfunn ble kategorisert i overordnede og underordnede tema. Dette skapte en oversikt over studienes nøkkelfunn og tydeliggjorde likheter og ulikheter. Vedlegg 1 presenterer våre utvalgte artikler og inneholder individuelle beskrivelser av deres karakteristika.

4.0 RESULTATER

Hovedkategori	Underkategori
Kartlegge åndelige/eksistensielle behov	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Sykepleiers holdninger og erfaringer</i> - <i>Identifisere og adressere</i> - <i>Tilrettelegging</i> - <i>Tverrprofesjonell teamstøtte</i>
Relasjonsbygging	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Kommunikasjon (non-verbal og verbal)</i> - <i>Initiativet</i> - <i>Åndelig støtte (støttende miljø)</i>

4.1 Kartlegging av åndelige/eksistensielle behov

4.1.1 Sykepleiers holdninger og erfaringer

I studien Abbas og Dein (2011) forteller flere av intervjupersonene at de opplever åndelige/eksistensielle problemer, og sitt personlig forhold til døden som et vanskelig tema. Studien fremlegger ulike barrierer som sykepleierne følte på når de sto ansikt til ansikt med pasientens åndelighet/eksistensielle. Et av temaene er frykten for å avdekke vonde minner hos pasientene og dermed gjøre «det vondt verre».

“You could see that she was in spiritual pain, but I could not explain to her. She just found it easier, as I guess most people do . . . , to talk about physical pain and I felt, talking like that was easy for me too” (Abbas et al. 2011, s. 346).

Videre nevner Abbas & Dein (2011) og Keall et al. (2014) eksistensielle utfordringer som retter seg mot lite kunnskap, troforskjeller, frykten for å krenke pasientens privatliv, mangel på åndelig bevissthet, og usikkerheten rundt å ikke kunne finne løsninger på åndelige bekymringer. Identifisering av åndelig lidelse er et vanskelig emne å kartlegge og håndtere, men en viktig del av den helhetlige omsorgen. «*Spiritual care is an integral part of the palliative care approach*» (siteret i Abbas & Dein (2011), s. 341, World Health Organisasjon, 2002). For å kunne bygge et større fokus og forbedre tilretteleggingen av åndelighet har Abbas og Dein (2011) foreslått anbefalinger. Den ene baserte seg på å danne en omsorgsgruppe på institusjonen som skal føre en ledende og opplysende rolle innenfor åndelig omsorg. Et annet tiltak var å skape en dedikert plass i overføringsrapportene hvor man kan diskutere emosjonelle, psykologiske og åndelige bekymringer i like stor grad. I tillegg burde det være et

åpent miljø for å kunne velge bort belastende problemer med pasienter som kan ha en negativ innvirkning på sykepleiers velvære (Abbas & Dein, 2011, s. 348).

Selvbevissthet og refleksjonsevne kan være en årsak til hvordan sykepleier møter pasientens eksistensielle behov. Et godt forhold til sin egen spiritualitet kan utgjøre en vesentlig forskjell i å fange opp fenomenet hos pasienten (Voetmann et al. 2022). I studie til Keall et al. (2014) uttrykket noen av deltakerne at selvbevissthet er viktig i forhold til å vite når man skal unngå en situasjon hvor oppmerksomheten ikke er fullstendig til stede. Det er verdt å ha kjennskap til at pasienter ikke forventer at man skal sitte med svarene, men at man er et lyttende medmenneske (Keall et al. 2014).

«I try and really engage with someone like a 100% when they're telling me something.... even if I don't really have the answers... because I mean I don't have the answers, but people seem to appreciate when you just listen without judgement»
(Keall et al. 2014, s. 3200).

Mange av deltakerne i Keall et al. (2014) forteller fra tidligere hendelser at de følte seg utilstrekkelig eller ukomfortable i møte med sensitive og åndelige bekymringer, men at ved økt selvtillit og erfaring yter man bedre omsorg. Det blir poengtert at opplæring i åndelig omsorg som en viktig kilde til det åndelige velvære og gode holdninger hos palliative sykepleiere (Abbas & Dein, 2011). En annen utfordring som informantene opplevde i studien Abbas og Dein (2011) var vanskeligheten ved å skille åndelige og religiøse behov. Noen forklarer også at de tror religiøse og åndelige behov er det samme. Ulike trosforskjeller dukket opp som noe problematisk da det hemmer dialog, gjensidig respekt og forståelse. For å kunne skille mellom religion og spiritualitet må deltakerne utvikle bedre lytteferdigheter (Abbas & Dein, 2011). Den religiøse samtalen blir presentert som en inngangsbillett for å starte den åndelige dialogen: *“meeting spiritual needs in an open way and respecting the cultural beliefs of other.”* (Siler et al. 2019, s. 54). Deltakerne utnevner ferdigheter som lytting, arbeide med sin egen religiøse trosoppfatning og respektere andres religion som viktige elementer for å kunne etablere et tillitsforhold med pasient og pårørende (Siler et al. 2019).

4.1.2 Identifisere og adressere åndelige/eksistensielle behov

Noen av informantene både i Siler et al. (2019) og Abbas et al. (2011) forteller at de er klar over at det finnes åndelig vurderingsverktøy, men at de hverken kunne nevne flere enn ett, og at de ikke var sikre på om disse alltid var aktuelle. Strukturerte verktøy blir trukket frem som

en vesentlig fordel når sykepleier skal adressere åndelig behov hos palliative pasienter. Et slikt screeningsverktøy utgjør målrettede spørsmål som fanger opp pasientens åndelige egenskaper, ressurser og behov. Eksempler på dette er FICA- og HOPE-modellen. (Siler et al. 2019). «Vurdering av åndelige behov» ble identifisert som et av kategoriene for å bedre kunne imøtekomme pasientens åndelighet. Fokuset baserte seg på å oppdage og evaluere pasientens åndelige velvære (Siler et al. 2019). Noen av intervjupersonene i Siler et al. (2019) inviterte til samtaleemne om åndelighet gjennom sine egne formulerende spørsmål slik som: «*what helps you cope with all of this*» og «*we've addresses your understanding of your symptoms, now what helps you get through your day?*» (Siler et al., 2019, s. 54). I likhet fremlegger også artikkelen Keall et al. (2014) spørsmål som blir brukt for å enklere kunne starte den åndelige dialogen. Noen av sitatene hos de palliative sykepleierne var:

«What's the thing that troubles you the most?», "have you got any hopes, dreams or wishes at the moment?" og "how's all that happening for you?" (Keall et al., 2014).

Spørsmålene anvendes for å «skape åpninger» til samtale slik at man kan avdekke sensitive problemstillinger. Dette er sentralt for å kunne gi helhetlig sykepleie og få kjennskap til pasientens åndelige behov (Keall et al. 2014). I artiklene Siler et al. (2019) og Keall et al. (2014) ble sykepleierne sett på som viktige nøkkelroller i det tverrfaglige teamet. Palliative pasienter er som oftest avhengig av daglig støtte fra sykepleiere. Samhandlingen kan vare alt fra ett eller til flere år, noe som medfører mye pasientkontakt. Dette betyr at sykepleier har en større mulighet for å kunne utøve åndelig omsorg og dermed identifisere åndelige behov (Keall et al. 2014). Selv om noen av deltakerne opplevde lite kunnskap som en barriere for å adressere åndelighet, har de fleste helsepersonell tilegnet seg en grundig kompetanse innenfor åndelige vurderinger og intervensjoner. For å spille en vellykket nøkkelrolle i det tverrprofesjonelle teamet må sykepleier være oppmerksom på åndelige bekymringer, ha kjennskap til åndelige screeningsverktøy og vite når en skal henvise videre (Siler et al. 2019).

Fra et pasientperspektiv i studien Voetmann et al. (2022) ble sansing brukt for å tyde sykepleiers kroppsspråk. Møtet mellom pasient og sykepleier var avgjørende for om pasienten valgte å dele hans/hennes åndelige refleksjoner og behov. Sentralt ble tillit og vennlighet kvaliteter som pasientene satte pris på, og årsaksfaktorene til hvorfor de følte at noen av sykepleierne var bedre til å imøtekomme deres spiritualitet. Åndelig omsorg basert på en kombinasjon av kroppsspråk og verbale aspekter som vil påvirke pasientens opplevelse av tilgjengelighet og tilstedeværelse av sykepleier (Voetmann et al. 2022).

4.1.3 Tilrettelegging

I alle artiklene ble tidsbegrensninger sett på som en av de tydeligste barrierene i å adressere spiritualitet. Sykepleiers arbeidsmengde er som oftest årsaken til at de ikke har tid til å diskutere pasientens åndelige bekymringer:

“You might see that moment where they’ve opened themselves up a little ... but you’ve got to go and do six other things, finding that balance in a busy ward can be hard” (Keall et al. 2014).

Ved innleggelse dekkes de fleste behov, men at åndelig behovsvurdering krever mer tid. Løsningen er at sykepleier finner et passende tidspunkt, hvor pasienten har slått seg til ro og man har fått et bedre kjennskap til hverandre. Tilstrekkelig med tid ble sett på som en vesentlig del for å kunne støtte den palliative pasient og dens familie. Sykepleiers støtte vil kunne hjelpe pasient og pårørende til å oppnå mer tilfredshet ved situasjonen, men dette krever at sykepleier selv og miljøet er tilrettelagt for tid, nok personale og et godt kunnskapsnivå til å gjøre det bra (Abbas & Dein, 2011).

Det å sette en «scene» ble i studien Keall et al. (2014) brukt som en strategiform for å sikre at miljøet rundt pasienten bidro til at man kan gå inn i en dypere samtale. Det å vise at man blir værende en stund gjennom å sette seg godt til rette eller drikke en kopp kaffe kan synliggjøre at man har tid og kapasitet til å fokusere fullt og helt på pasienten. Det er nødvendig at sykepleier identifiserer situasjonen når pasienten føler seg klar til å snakke om åndelige/eksistensielle tanker. Prioriteringer kan føre til at ivaretagelse av åndelige behov blir satt til side, f.eks. vil smerte som palliative pasienter ofte opplever være en faktor som forårsaker at man må utsette samtalen (Keall et al. 2014).

Sykepleieledere har et ansvar med å tilrettelegge et miljø som støtter helsepersonell i samhandling med pasientens og pårørendes åndelige bekymringer. Videre belyser studien Siler et al. (2019) hvordan de kliniske miljøene først skal vurderes, og om disse miljøene støtter åndelig omsorg. Derfra kan man begynne å forbedre kunnskap og integrere åndelig verktøy (Siler et al. 2019).

4.1.4 Tverrfaglig teamstøtte

Tverrfaglig teamstøtte ble definert som adressering for åndelige behov gjennom assistansen fra andre instanser som prest, sosialarbeider eller sykepleier. Mange av deltakere følte ikke seg komfortable med å adressere disse behovene og refererte ofte til sosialarbeiderne eller presten

da de følte at dette temaet var utenfor deres ekspertise. De nevnte også at de var følte seg heldige dersom de hadde en prest tilgjengelig som en forlenget service. Oppga en følelse av begrensning i forhold til sin kunnskap som et resultat av tilstrekkelig opplæring i utøvelsen av dette (Siler et al, 2019). Det ble også satt fokus på åndelig omsorg som ikke utelukkende kan bli tillagt sosialarbeidere eller prester, men at de likevel spiller en nøkkelrolle. Grunnen for dette er fordi de ofte er opplært i dybden på disse temaene (Siler et al. 2019). Dersom ikke sykepleierne vet hvordan de skal kartlegge åndelige behov er det høyst sannsynlig at disse behovene ikke kommer til å bli oppdaget. Derfor er det viktig å ha opplæring i dette og hjelpe pasientene med å håndtere deres egen sykdom sammen med strukturerte verktøy som er lette å bruke (Siler et al. 2019).

4.2 Relasjonsbygging

4.2.1 Kommunikasjon

Pasientene beskriver i en artikkel hvordan en kroppslig og non-verbal dimensjon spesielt påvirket deres opplevelse av sykepleiers tilgjengelighet og tilstedeværelse. En relasjonell tilknytning i situasjoner der sykepleier for eksempel sonderer ikke bare på deres somatiske tilstand, men også deres eksistensielle problemer (Voetmann, Hvidt & Viftrup, 2022).

«Well, it`s just their way of being. Their way of entering the door and sit down, maybe, next to me on the bed, and putting their hand on my hand. Or take me by the shoulder. And the way they can ask; “how are you?”. And then I can hear, it`s not just; “do those pills work?” Then, that`s the whole thing they`re thinking about.»
(Voetmann et al. 2022).

Gode ferdigheter innenfor kommunikasjon er essensielt for det videre tilbudet om åndelig og eksistensiell omsorg (Keall, Clayton & Butow, 2014). Det blir tatt opp forskjellige komponenter for god kommunikasjon:

- Aktiv lytting der sykepleierne snakket om viktigheten av å gi pasienten 100% av deres oppmerksomhet og vise dem at man hører hva de sier ved å parafasere det pasientene sier.
- Være genuin, menneskelig og vite dine begrensninger er også noe sykepleierne i denne artikkelen tar opp som aktuelt for å vise pasientene deres tilgjengelighet. Det var også viktig å vite at en ikke alltid trenger å vite svaret på alle spørsmålene, da

dette er heller ikke noe pasientene heller forventet, men i stedet være genuin og lytte som et annet menneskelig individ.

- Å tillate stillhet heller enn å fylle tomrommet med mange spørsmål og kommentarer gir pasienten mulighet til å utdype sine indre tanker på en uforstyrret måte.

«Allowing people to talk or allowing silence. One of my mentors told me that you should sit on your hands or if you feel you should leave, don't – stay a bit longer» (Keall et al. 2014)

Sykepleiers mangel på vokabular innenfor åndelig og eksistensiell omsorg er noe som blir satt fokus på i artikkelen til Abbas & Dein (2011). Pasienter og sykepleiere har vanskeligheter med å kommunisere rundt dette med åndelig og eksistensiell omsorg, da dette er noe som ofte er utfordrende å sette ord på. Sykepleierne fortalte at det kunne være vanskelig å finne et passende språk for å vurdere disse behovene og selv om de var klar over at det finnes forskjellige verktøy for dette, var de ikke sikre på om disse alltid var like akseptable. (Abbas & Dein, 2011)

«Spirituality, I think, is quite ambitious and we do not have a set of way to assess all the patients. Some patients they just cannot see how you can have spiritual needs when they are not religious and I find it hard to explain to them» (nurse) – (Abbas & Dein, 2011)

4.2.2 Initiativet

Et ønske fra pasientene var å snakke om deres tanker og refleksjoner som omhandler deres åndelige og eksistensielle behov, men uttrykket uvisshet rundt hvem som skal være initiativtakeren til disse samtalene (Voetmann, et al. 2022). Noen pasienter ønsket å selv ta initiativet, mens andre ønsket at sykepleier skal ta initiativet. Dersom pasientene selv ikke tar dette initiativet er det avgjørende at sykepleierne lytter til pasientens non-verbale invitasjon, hint og derifra verbalt gripe initiativet (Voetmann, et al. 2022). En tilnærming der sykepleierne ikke forsøker å endre på noe, men støtte pasienten i deres avgjørelser og lytte når pasienten var klar for å snakke om deres åndelig og eksistensielle behov (Keall, et al 2014).

«You might see the moment where you got in and they've opened themselves up a little and you sit down and talk to them for half an hour and really kind of figure out what's going on»- (Keall et al. 2014)

4.2.3 Åndelig støtte

Sykepleierne ønsket å være der for og lytte til pasienten i stedet for å invitere til bønn. I tillegg ble mestringsstrategier som meditasjon, musikk og distraksjon fra pasientens tanker rundt deres personlige sykdom anvendt for å kunne gi åndelig støtte (Siler et al. 2019).

Deltakerne i denne artikkelen beskrev det å gi kulturell åndelig omsorg som «å møte åndelige behov på en åpen måte og respektere den kulturelle troen til andre» (Siler, et al. 2019). Bygge relasjon grunnlagt på tillit, var noe deltakerne i studiet ettertraktet og viste til det å lytte til pasientene og jobbe med dere religiøse tro (Siler et al. 2019).

«I have standard, neutral prayer phrases that I`ve used before that work really well with me and with families, even if it`s something religion outside of what I`m comfortable with. I make very neutral prayer statements» – (Siler et al. 2019).

Sykepleierne gav uttrykk for at åndelighet var en privatsak noe de trodde lå naturlig i hvordan mennesker tenker og det var anledninger der hverken sykepleiere eller pasienter ønsket å ta opp disse temaene (Abbas & Dein, 2011).

5.0 DISKUSJON

Dette kapitlet består av metodediskusjon og resultatdiskusjon. Førstnevnt skal vi drøfte vår metodiske fremgangsmåte, og sistnevnt tar vi sikte på å diskutere resultatene i lys av oppgavens hensikt og teori.

5.1 Metodediskusjon

5.1.2 Valg av metode

Fordelen med en integrativ litteraturoversikt metoden er at en øker kunnskapen innenfor feltet ved å ta i bruk relevant forskning. Ulempen kan derimot være at mengden av relevante data kan forsvinne grunnet begrensninger, og at en ikke finner det man er ute etter. Seleksjon kan påvirke resultatene, men siden det finnes utallige forskningsartikler, er det derfor nødvendig å foreta datareduksjon i en litteratursøking (Friberg, 2017, s. 143). Alle artiklene tar i bruk kvalitativ forskningsmetode gjennom intervjuer og observasjoner. Vi valgte kun å ta i bruk kvalitativ forskning fordi vi ønsket å innhente deltakernes egne opplevelser, meninger og tanker. I ettertid ser vi at innhenting av en kvantitativ metode kan tilegne oppgaven et bredere og systematisk datamateriale (Dalland, 2017, s. 53).

5.1.3 Land, arena og årstall for studiene

For å gjøre oppgaven relevant for norsk sykepleiepraksis gjorde vi et bevisst valg om kun å inkludere forskning fra vestlige land, for å ekskludere land hvor vi anså kulturforskjellene for å være for store. Artiklene er publisert mellom 2011-2022. Grunnet nyere forskning ønsket vi å bruke publikasjoner som har blitt utgitt innen de siste 10 årene. Vi valgte å inkludere en artikkel fra 2011 da den er svært gjeldende for vår oppgave og fremstår oppdatert til moderne praksis. Grunnet begrensede mengder data, har vi inkludert forskning utført på forskjellige institusjoner, med forskningsfunn fra sykehus og klinikker. En ulempe ved å ikke spesifisere oppgaven til en målrettet institusjon er at deltakerne kan ha ulike oppfatninger av deres rolle på de aktuelle institusjonene. Likevel tror vi inkluderingen av forskjellige institusjoner tilførte oppgaven vår ett bredere og mer variert bilde av sykepleiererfaringer.

5.1.4 Deltakerne i studien

Alle artiklenes respondenter inngår i et strategisk utvalg, hvilket betyr at «*en tror de har noe å fortelle om akkurat det fenomenet en vil vite mer om*» (Dalland, 2017, s. 57). Artiklene vi har brukt for å besvare vår problemstilling tar utgangspunkt i både sykepleieperspektivet og pasientperspektivet, og populasjonen varierer fra tolv til tjue intervjupersoner.

Et pasientperspektiv ble inkludert for å tilegne oss en annen type innfallsvinkel og forståelse. Deltakerne i Voetmann et al. (2022) er pasienter som har fått diagnostisert forskjellige typer terminal kreft. Keall et al. (2014) baserer seg på et utvalg av palliative sykepleiere. I to av artiklene ble det gjennomført fokusgruppe metodikk som bestod av respondenter fra flere profesjoner (palliativt helsepersonell). Vi anser utvalget av flere profesjoner som en svakhet fordi vår problemstilling er rettet mot et sykepleieperspektiv. Samtidig kan opplevelser fra flere profesjoner belyse hensikten i et tverrfaglig perspektiv. Et godt tverrfaglig samarbeid er avgjørende i palliativ omsorg, og det innebærer at alle parter er involverte og informerte.

5.1.5 Ethiske forhold

Ivaretagelse av etiske forhold er vesentlig i innsamlingen av litteratur. Alle intervjuene ble behandlet på en pseudonymisert måte som sikrer personopplysninger. Dette anser vi som troverdige artikler da de følger retningslinjer gjennom å ivareta anonymitet og personvern (Dalland, 2017, s. 75). Etikkgodkjenning ble innhentet på tre av artiklene, mens Abbas og Dein (2011) ikke krevde vurdering av etiske komiteer fordi dataene ble samlet inn for å gjennomføre en evaluering av helsetjenesten. Artiklene introduserte innholdets formål, informasjon om konfidensialiteten, frivillig deltakelse og deltakerens rettigheter til innsyn, retting og sletting av opplysninger. Innenfor empiri stilles det krav om at resultatet skal være minst mulig uavhengig av den som utfører analysen. Forskernes personlighet vil influere forskningsarbeidet og innhenting av data (Dalland, 2017, s. 52-59). Forfatterne i Keall et al. (2014) består av sykepleiere fra en palliativ omsorgstjeneste, og i likhet med Voetmann et al. (2022) oppfyller forskerne ICMJE-kriteriene for forfatterskap. I Siler et al. (2019) oppgir forfatterne sin faglige bakgrunn som professorer innenfor sykepleieforskning og universitet.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Kartlegge åndelige og eksistensielle behov

Sykepleier-pasient-interaksjonen blir beskrevet som en term der kontakten mellom de to partene har en stereotypisk oppfatning av hverandre. Interaksjonen oppstår når sykepleier oppretter kontakt med pasient av ulike helsefremmende grunner. Samhandling forekommer på sin side når sykepleieren utøver direkte fysisk omsorg til den syke (Travelbee, 2018, s. 178). Sykepleier har en viktig rolle i å identifisere de åndelige behovene hos palliative pasienter da palliativ behandling forårsaker økt pasientkontakt. Samhandling mellom palliative pasienter og helsetjenesten kan variere fra ett til flere år (Keall et al. 2014). Studien forteller videre at uavhengig om deltakerne traff pasientene en eller flere ganger, åpner rapporter og tillit opp for samtaler på et dypere nivå. Deltakerne poengterte også at pasientens åpenhet var utenfor deres kontroll, men pasientenes oppførsel var en viktig faktor for å hjelpe til med utviklingen av sykepleier-pasient-forholdet (Keall et al. 2014). Dette kan vi se flere eksempler på i Travelbees syn på ulike former for sykepleier-pasient-interaksjoner (Travelbee, 2018, s. 178). Å kunne bruke seg selv terapeutisk er å kunne bruke seg selv effektivt og det er vesentlig å vite hvordan ens adferd påvirker andre i forskjellige situasjoner. I kapittel 2.6 blir dette tatt opp som en opplevelse av å kunne etablere nye og mer virksomme relasjoner (Travelbee, 2018).

Tid er vesentlig for å kunne kartlegge og tilrettelegge for de åndelige og eksistensielle behovene (Abbas & Dein, 2011). Palliative pasienter er mennesker i lidelse og viktigheten ved at sykepleier utøver tilgjengelighet skaper en grunnleggende trygghet (Kristoffersen et al. 2012). Tid spiller derfor en sentral rolle i graden rundt hvor tilgjengelig sykepleieren er for pasienten (Keall et al. 2014). En strategiform er beskrevet som omhandler å sikre miljøet rundt pasienten som bidragsytende for å gå inn i en dypere samtale. Det er nødvendig å synliggjøre at man har tid og kapasitet for identifisering av situasjonen til pasienten, ref. kapittel 4.1.3. Prioriteringer kan gjøre at åndelige behov blir satt til side, f.eks. vil pasientens smerter være en faktor som resulterer i at en må utsette den åndelige samtalen for et mer passende tidspunkt (Keall et al. 2014).

Å lytte er en enkel og god, men også en krevende handling. Å være åpen og bekreftende er noe vi kjenner som aktiv lytting og krever oppmerksomhet, interesse og konsentrasjon. Både aktiv lytting og generell åpenhet kan gjøre pasientene sårbare, men å kunne mestre denne evnen er kanskje den viktigste og mest grunnleggende og komplekse ferdigheten, innenfor hjelpende

kommunikasjon (Kristoffersen, et al. 2012; Eide & Eide, 2014). Det må utvikles bedre lytteferdigheter for å kunne skille mellom religion og spiritualitet da disse er vanskelig å identifisere hver for seg. Noe av årsaken til at slike utfordringer kan oppstå er fordi den religiøse dimensjonen er en del av helheten i den eksistensielle dimensjonen jf. 2.4. og knytter seg mot troen og søken etter høyere makter (Helsedirektoratet, 2019). Deltakerne utdyper at spørsmål som omhandlet religion og tro ble oppfattet som noe fjernt da trosforskjeller forårsaket en barriere (Abbas & Dein, 2011). Samtidig kan religion bli brukt som en innledende samtale for å bevege seg inn i den åndelige dialogen. Derfra kan kartleggingen om åndelige og eksistensielle behov finne sted med forbehold om at sykepleier har gode ferdigheter slik som lytting, jobber med sin egen religionsoppfatning og har respekt for pasientens ønsker og behov (Abbas & Dein, 2011). I tillegg er bekreftelse en akt som kan bidra til utvikling av følelse av egenverd og selvrespekt, og er nødvendig for at pasienten skal kunne oppleve seg selv som verdifull (Kristoffersen, et al. 2012).

Studien Abbas og Dein (2011) har foreslått flere tiltak for å kunne øke fokuset på åndelighet ved å sette lys på sykepleiers miljø. Den første anbefalingen var å skape en omsorgsgruppe på hver institusjon som kan skape trygghet blant helsepersonell. Det ble deretter hevet interesse om å danne en åpen dedikert plass på avdelingen hvor en kan diskutere temaet for å videre kunne øke kunnskapsnivået ved tilrettelegging av åndelige og eksistensielle behov. En annen anbefaling var å sikre åpenhet og aksept rundt det å kunne velge bort pasienter med belastede problemer som kan ha en negativ innvirkning på ulike sykepleiere (Abbas & Dein, 2011). Joyce Travelbee beskriver dette mellommenneskelige som en prosess der sykepleieren hjelper til med å forebygge lidelsene og finne mening gjennom disse erfaringene (Travelbee, 2018). Siler et al. (2019) belyser sykepleielederne og deres ansvar med å tilrettelegge et miljø som støtter samhandling med pasienten og pårørendes bekymringer. Sentralt ble vurderingene av det kliniske miljøet rundt åndelig omsorg, og hvordan de kan forbedre kunnskap og bruken av åndelige verktøy betydningsfulle elementer i utviklingen av miljøet.

Palliative pasienters plager beskrives som sammensatte, og en bred tilnærming til både pasient og pårørende krever at det tilstrebes et godt tverrfaglig samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette er nødvendig for å oppnå en god palliativ behandling (Kaasa & Haugen, 2006, s. 294). For å kunne adressere åndelige behov blir tverrfaglig teamstøtte tatt opp for å ha flere instanser å støtte seg på i arbeidet for ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. Sykepleierne i studiet følte seg begrenset i sin kunnskap om åndelighet grunnet utilstrekkelig informasjon og lite opplæring i utøvelsen (Siler et al. 2019). Samtidig er

sykepleierne klar over at åndelig omsorg ikke kun kan bli tillagt andre instanser, som for eksempel sosialarbeidere og prester. Disse spiller en viktig nøkkelrolle i denne prosessen da de ofte har en grundigere opplæring i akkurat disse temaene. Ved å ikke ta i bruk disse instansene kan en risikere at de åndelige og eksistensielle behovene ikke blir oppdaget grunnet manglende kunnskap hos sykepleierne (Siler et al. 2019). I kapittel 2.7 blir lovene som omhandler dette med tverrfaglig teamstøtte/samarbeid presentert. Disse skal regulere forholdene mellom de forskjellige instansene for å yte best mulig helsehjelp for hver enkelt pasient. Dette innebærer en inkludering av Helse- og omsorgstjenesteloven og Spesialisthelsetjenesteloven (Molven, 2019, s. 31). I tillegg gjør samhandlingsreformen det mulig å opprettholde en gjensidig samarbeidsplikt (Molven, 2019, s. 111).

Gjennom FICA kommer det frem at deltakerne sin tro og åndelighet er en sentral faktor for deres bestemmelse for videre behandling (Borneman et al. 2010). I artikkelen Siler et al. (2019) trekker de også frem strukturerte verktøy som til fordel gjør adresseringen av åndelige behov hos palliative pasienter mer målrettet. Dette resulterer til at sykepleier kan lettere fange opp pasientens åndelige egenskaper, ressurser og behov. Deltakerne i Siler et al. (2019) nevner FICA og HOPE-modellen som gode verktøy i møte med palliative pasienter, men utdyper at de blir sjelden anvendt grunnet lite kunnskap til hvordan det brukes i praksis. Både Siler et al. (2019) og Keall et al. (2014) hadde begge fokus på formulering av spørsmål som inviterte til samtale rundt åndelig og eksistensielt tema. Disse ble brukt for å «skape åpninger» slik at man kan avdekke sensitive problemstillinger.

5.2.2 Relasjonsbygging

I kjennskap til artiklene våre har vi oppdaget at en relasjon er nødvendig for å få tilgang til pasientens åndelige og eksistensielle behov. En god relasjon mellom sykepleier og pasient er essensielt for behandlingsresultatet (Eide & Eide, 2014). Kommunikasjon fremtrer i kapittel 2.5 som et av sykepleierens verdigrunnlag, og at denne kommunikasjonen skal ytes uavhengig av hvem og hvordan pasienten er på ulike områder (jf. ICN, 2006). Keall et al. (2014) anser relasjonen mellom sykepleier og pasient som avgjørende i å kunne starte en dypere samtale. Ifølge deltakerne ble samtaler om åndelighet sett på som et personlig og sensitivt område (Abbas & Dein, 2011). Dette medfører til at sykepleier avviser å identifisere åndelige behov på grunnlag av respekt for pasientens autonomi (Voetmann et al. 2022). Løgstrup poengterer at menneske alltid står i relasjon til hverandre, og vil dermed aldri kunne unngå selvutlevering. Enhver relasjon med andre mennesker innebærer en maktrelasjon og gjensidig avhengighet.

Selvtutlevering betegnes som livets grunnfenomen og setter alle mennesker i spill med hverandre gjennom naturlig tillit, forståelse og aksept (Løgstrup sitert i Eide & Eide, 2014).

Artikkelen Keall et al. (2014) belyser med egne anbefalinger til hvordan sykepleier kan stå stødig i vanskelige samtaler gjennom sin egen selvtillit og erfaring. Studiens resultater i Keall et al. (2014) begrunner flere komponenter som gode kommunikasjonsferdigheter slik som aktiv lytting, være genuin, menneskelig, og vite sine begrensninger. I likhet bekrefter Abbas og Dein (2011) at erfaring i form av kommunikasjonsferdigheter er viktig i håndtering av åndelige bekymringer. Deltakerne retter oppmerksomheten mot det non-verbale språket til seg selv og pasienten og at dette samsvarer med det verbale. Ved å tillate stillhet i samtalen kan pasienten få mulighet til å tenke og utdype sine åndelige bekymringer (Keall et al., 2014). Disse funnene bygges opp av teorien til Kristoffersen et al. (2012) som forteller om å være oppmerksomt til stede og ha en lyttende holdning som kan skape en bedre sykepleier-pasient-relasjon. Kommunikasjon er en viktig faktor for å oppnå trygghet og tillit hos pasienten. Å møte den andre på en bekræftende, oppmuntrende og bestyrkende måte kan skape åpenhet, og gi tilgang til pasientens tanker og følelser (Eide & Eide, 2014). Kristoffersen et al. (2012) utdyper viktigheten av å møte pasienters og pårørendes sårbarhet på et mellommenneskelig plan. Å kunne vise forståelse for hva det faktisk vil si å være døende som palliative pasient er sentralt for å kunne yte riktig sykepleie. Sykepleier må være bevisst på utfordringer som palliative pasienter står ovenfor da dette kan ha store innvirkningen på livet videre både for pasienter og pårørende. Disse funnene kan understøttes av Travelbee (2018) som har uttalt seg om at i palliative tilfeller er det sykepleiers funksjon å oppnå optimal helse, og ikke gjenvinne helse. Hun mener dette er den profesjonelle sykepleiers oppgave, og må ikke unnviks.

Deltakerne oppgir den verbale og non-verbale kommunikasjonen hos sykepleier som en viktig del i det å kunne starte den åndelige dialogen. Sykepleiers tilgjengelighet og tilstedeværelse ble inkludert som gode kvaliteter i studien. Deltakerne uttrykket vanskeligheter med å vite hvem som skal ta initiativet til åndelige spørsmål (Voetmann et al. 2022). Deltakerne mente oppsto blant deltakerne da slike samtaler var svært personavhengige. Noen opplevde det lettere enn andre å starte en slik samtale mens andre ønsket at sykepleier tok initiativet (Voetmann et al. 2022). Dersom sykepleier ikke våger å gå inn i åndelige samtaler kan dette forårsake et utilstrekkelig helsetilbud. Kristoffersen et al. (2012) illustrerer at man må være varsom og aktpågivende i møte med pasienters identitet, men understreker at man samtidig må være selvbevisst over å ikke bli passiv. Helse- og omsorgstjenesten skal utføre og sikre god kvalitet

som bidrar til å fremme og ivareta tillitsforholdet mellom pasient og tjenesten jf. pbrl 1-1, henviser til kapittel 2.7.

I Abbas & Dein (2011) kommer det frem at de åndelige og eksistensielle behovene kommer til uttrykk gjennom tro, verdier, tradisjoner og praksis. Og en kan oppnå effektiv mestring gjennom å inkludere bønn, trøst i troen og få støtte fra medlemmer i sitt trossamfunn. Pasientene kan føle på en åndelig nød og lidelse dersom en kan miste troen og mening, eller føle at Gud har forlatt dem grunnet deres palliative situasjon. En skal derfor være veldig observant rundt dette, samtidig som sykepleierne i Abbas & Dein (2011) sin studie følte på at åndelighet var en privatsak og noe som de trodde lå naturlig i hvert enkelt menneske. Det var derfor ikke alltid like passende anledninger for hverken pasientene eller sykepleieren til å ta opp disse temaene.

6.0 KONKLUSJON

Åndelige og eksistensielle behov er et tema som viser seg å være utfordrende å forholde seg til både for sykepleier og pasient. Viten om at ivaretagelse av nevnte behov er en rettighet som pasienten har, gjør det enda viktigere for hvordan en best mulig kan imøtekomme behovene. Å tilrettelegge for ivaretagelse av behovene som måtte gjelde for hver enkelt pasient kan kobles sammen med det relasjonelle forholdet og hvordan kommunikasjonen blir utført og tatt imot. Barrierer og utfordringer har en stor innvirkning på sykepleier og utøvelsen av åndelig og eksistensiell omsorg. En kan se at kommunikasjonen er et verktøy som brukes flittig for å kartlegge de åndelige og eksistensielle behovene. Sykepleierne sine egne erfaringer og tanker rundt døden, og frykten for å avdekke problemstillinger er barrierer som kan føre til vanskeligheter rundt kartleggingen.

Det finnes kartleggingsverktøy som kan innhente pasienters åndelige og eksistensielle behov, egenskaper og ressurser, men å benytte disse verktøyene har vist seg å være utfordrerne. Mange har utilstrekkelig med kunnskap rundt bruken av dem, i tillegg er passende tidspunkt å anvende disse vist seg å være krevende.

Religion er ofte blitt koblet opp til åndelighet. Vanskeligheten ved å gå inn i dette er at religion kan oppleves som en privatsak, at en selv ikke er religiøs, eller at ulike trostilhørighet kan skape en distanse mellom sykepleier og pasienten

Det blir foreslått en rekke tiltak som kan føre til forbedringer innenfor ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. Det kreves av sykepleier innad i jobbmiljøet øker oppmerksomhet og fokus rundt åndelighet. Dette kan resultere i økt kunnskapsnivå gjennom støtte og etablering av interne undervisningsprogram. Det ble også anbefalt å legge til rette for aksept og åpenhet rundt det å kunne velge bort pasienter med disse behovene dersom sykepleierne opplever en negativ personlig innvirkning. Sykepleieledelsen bør legge til rette for at sykepleierne har tilstrekkelig med tid slik at de åndelige behovene til pasientene blir ivaretatt, i tillegg til å tilrettelegge for et miljø som støtter samhandling mellom det tverrfaglige, pasienter og pårørende. Sykepleierne bør selv jobbe med lytteferdigheter, religionsoppfatninger og respekt for ulikhetene dette kan medføre.

LITTERATURLISTE

- Aadland, E. (2015). *Og eg ser deg ...* (3.utg). Oslo: Universitetsforlaget AS
- Abbas, S.Q., & Dein, S. (2011). *The difficulties assessing spiritual distress in palliative care patients: A qualitative study*. *Mental Health, Religion and Culture*, 14, 341–352.
<https://doi.org/10.1080/13674671003716780>
- Alvsvåg, H., Bergland, Å. & Førland O. (2013) *Nødvendige omveier – en vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag* (1.utg). Oslo: Cappelen Damm AS
- Bornemann, T, Ferrell, B. & Puchalski, M. C. (2010) *Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment*. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dysthe, K. (2016, 3 juni). *PICO fra Helsedirektoratet*. Hentet fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Eide, H. & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats* (3. utg.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Helsedirektoratet. (2013). *Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling*. Hentet fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling>
- Helsedirektoratet, (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon rettet mot kreftomsorgen*. Nasjonal faglig retningslinje. Hentet fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017, 11 januar). *Tilrettelegg for at familien får snakke om åndelige og eksistensielle spørsmål ved livets slutt*. Hentet fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/stotte-familie-og-andre->

[parorende/stotte-til-parorende-ved-livets-slutt/tilrettelegg-for-at-familien-far-snakke-om-andelige-og-eksistensielle-sporsmal-ved-livets-slutt#null-begrunnelse](#)

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Samhandlingsreformen – Rett til behandling – på rett sted – til rett tid. (Meld. St. Nr. 47 2008-2009). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdf/s/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

(LOV-2011-06-24-30). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999) Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

ICN (2006). *The ICN Code of Ethics for nurses*. International Council of Nurses.

<http://www.icn.ch/icncode.pdf>

Kaasa, S & Haugen, F. D (2006) Palliativ medisin – *Alle pasienter har rett til god omsorg ved livets slutt. Dette forutsetter systematisk kartlegging av symptomer og plager, målrettet diagnostikk og god kommunikasjon*. Hentet fra:

<https://tidsskriftet.no/2006/01/leder/palliativ-medisin>

Keall, R., Clayton, J. J. & Butow, P. (2014). *How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies*.

Journal of Clinical Nursing, 23, 3197–3205, <https://doi:10.1111/jocn.12566>

Kristoffersen, J, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2012). *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener og livsutfordringer*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kuven, M. B., Bø, Bodil., Ueland, V & Giske, T. (2022) *Åndelig omsorg handler om mer enn religiøs tro, Sykepleien*, 1-13. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2021.87563

Martinsen, K. (2015). *Løgstrup og sykepleien*. (2.utg). Oslo: Cappelen Damm AS

Molven, O. (2019) *Sykepleie og jus* (6.utg). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Puchalski, C. & Romer, A. L. (2020, 25 mars). Spiritual assessment: FICA spiritual history tool. Hentet fra: <https://pallipedia.org/spiritual-assessment-fica-spiritual-history-tool/>
- Siler, S., Mamier, I., Winslow, B. W. & Ferrell, B. R. (2019). *Interprofessional Perspectives on Providing Spiritual Care for Patients With Lung Cancer in Outpatient Settings*. *Oncology Nursing Forum*, 46, 49-58, <http://doi.org/10.1188/19.ONF.49-58>
- Slettebø, Å. (2014) *Sykepleie og etikk* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Travelbee, J. (2018) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (9.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Voetmann, S. S., Hvidt, N. C. & Viftrup D. T. (2022). *Verbalizing spiritual needs in palliative care: a qualitative interview study on verbal and non- verbal communication in two Danish hospices*. *BMC Palliative Care*, 21, 1-8, <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00886-0>

VEDLEGG 1: OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER

Artikkel 1	
Tittel	How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Forfattere	Keall, R., Clayton, J. M. & Butow, P.
Perspektiv	Sykepleier
Problem	Palliativ omsorg har som mål å være helhetlig, og inkludere alle domener av personlighet, men åndelige domenespørsmål er ofte undervurdert. Mangel på tid, ferdigheter og bekymringer for hva du kan avdekke hindrer dette omsorgstilbudet.
Hensikt	Å undersøke fasilitatorer, barrierer og strategier som australske palliative sykepleiere identifiserer for å gi åndelig og eksistensiell omsorg for pasienter med livsbegrensende sykdom.
Metode	En kvalitativ tilnærming. Basert på semi-strukturerte intervjuer som varte mellom 21-55 minutter. Tjue palliative sykepleiere fra staten New South Wales i Australia ble inkludert.
Resultater	Sykepleierintervjuene ga flere temaer, inkludert utvikling av forholdet sykepleier-pasient. Gode kommunikasjonsevner og eksempler og spørsmål de bruker for å «skape åpninger» for lette omsorgen. Barrierer ble identifisert som følger: mangel på tid, ferdigheter, privatliv og frykt for hva de kunne avdekke, uløste symptomer og forskjeller i kultur og tro.

Artikkel 2	
Tittel	Verbalizing spiritual needs in palliative care: a qualitative interview study on verbal and non-verbal communication in two Danish hospices
Tidsskrift	BMC Palliative care
Forfattere	Voetmann, S. S., Hvidt, N. C. & Viftrup, D. T.
Perspektiv	Pasient
Problem	Lite fokus på dette med åndelige og eksistensielle behov ifølge forskning fra pasienter.
Hensikt	Internasjonal forskning viser det fjerde aspektet ifølge pasienters perspektiv ved åndelig smerte i palliativ omsorg har minst fokus. Skulle derfor undersøke hvordan åndelige behov kommuniseres både verbalt og non-verbalt i samspillet mellom pasient og helsepersonell i to danske hospitser.
Metode	En kvalitativ metode utført ved en Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) som undersøker menneskers opplevelser og erfaringer. Det ble gjennomført 12 semi-strukturerte intervjuer mellom 19 til 56 minutter avhengig av pasientens tilstand. Intervjuene ble utført på sykehuset hos pasientens rom.
Resultater	Pasientene ønsket å opprettholde de daglige rutinene for å få mer avstand til døden, men også snakke om dødens tilstedeværelse som kan påvirke pasientens oppfatning av tid, hverdag og opprettholdelse av seg selv. Usikkerhet rundt initiativtaking i forhold til de åndelige og eksistensielle behovene. Non-verbal kommunikasjon, hint og ledetråder er avgjørende. Relasjoner og tilknytning til situasjoner ikke bare det somatiske, men også det åndelige. Pasient leser helsepersonells kroppsspråk.

Artikkel 3	
Tittel	Interprofessional Perspectives on Providing Spiritual Care for Patients With Lung Cancer in Outpatient Settings
Tidsskrift	Oncology Nursing Forum
Forfattere	Siler, S., Mamier, I., Winslow, B. W. & Ferrell, B. R.
Perspektiv	Sykepleier
Problem	Konsekvent blir underliggende, åndelige behov ofte oversett til tross for pasientens ønske for at deres åndelige og eksistensielle behov skal bli adressert og tatt opp i sammenhengen til deres sykdom.
Hensikt	Å utforske palliativ behandling og onkologiklinikkens perspektiver på de aktuelle utfordringene og tilretteleggelsene for å imøtekomme de åndelige behovene til pasienter med lungekreft og pårørende.
Metode	Kvalitativ tilnærming basert på en palliativ intervensjon (PCI). Tre klinikker i Sør-California ble valgt ut på grunnlag av deres forpliktelse til palliative omsorgstjenester og bygge et bindeledd mellom kliniske tjenester til samfunnet.
Resultater	Klinikere beskrev fasiliterende faktorer (tverrprofesjonell teamstøtte, vurdering av åndelige behov, åndelig støtte forsynt av klinikker og tilbud og kulturell respektfull omsorg) og utfordringer (relatert til å gi kulturell, respektfull og åndelig omsorg, ved å respektere pasientens åndelige og kulturelle tro på en åpen måte og gå inn for pasientens ønsker) de møtte når de adresserte pasientens og pårørendes åndelige behov. Sykepleierne tilbød strategier som inkluderte følgende: å ta videreutdanning innfor dette området, være selvbevisst og sikre at miljøet er ledende for dybdesamtaler, interaksjoner dokumentasjon og/eller tverrfaglig deling for kontinuitet i omsorgen.

Artikkel 4	
Tittel	The difficulties assessing spiritual distress in palliative care patients: a qualitative study
Tidsskrift	Mental Health, Religion & Culture
Forfattere	Abbas, S. Q. & Dein, S.
Perspektiv	Sykepleier
Problem	Til tross for overfloden av akademiske publikasjoner og retningslinjer for åndelighet, er dette området ikke godt integrert i palliativ behandling.
Hensikt	Å undersøke vanskene som helsepersonells møter mens de dekker pasientenes behov for åndelig omsorg. Å etablere synspunktene om disse fagpersonene, og hvordan de kan håndtere og lære å spørre om pasientens åndelighet.
Metode	Kvalitativ metode. Det ble holdt tre gruppeintervjuer på en time hver. Temaguide ble laget ved hjelp av spørsmål fra tidligere studier. 15 respondenter fra forskjellige profesjoner deltok i studien. Sykehus i England
Resultater	Fremtredende resultater i studien var: mangel på vokabular rundt åndelige problemer, personlige problemer rundt død og døende, treningsproblemer, frykt for å ikke kunne løse åndelige problemer, tidsbegrensninger og vanskeligheter med å skille åndelige og eksistensielle behov.