

## **Bacheloroppgave i sykepleie**

Kurskode: SY 180 H

Dato:28.10.2011

Kull: 08-vår

Kandidatnr.:44

Totalt antall sider:19

## **Innholdsfortegnelse**

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven og valg av tema.....	1
1.2 Presentasjon av oppgaven.....	1
1.3 Avgrensing av oppgaven .....	2
1.4 Oppgavens disposisjon .....	2
2.0 Pasienthistorien.....	2
3.0 Valg av metode.....	3
3.1 Litteraturstudium .....	3
4.0 Teoridel.....	4
4.1 Valg av sykepleieteori .....	4
4.2 Joyce Travelbee og interaksjonsprosessen .....	4
4.4 Angst for livet og døden .....	7
4.5 Panikkangst.....	7
4.6 Ethiske utfordringer.....	8
4.7 Kommunikasjon og empati.....	8
5.0 Dødsprosessen .....	9
6.0 Drøfting .....	10
6.1 Hvordan kan jeg som sykepleier bidra til å lindre angst hos døende? .....	10
7.0 Avslutning .....	17
8.0 Litteraturliste .....	19

## **1.0 Innledning**

### **1.1 Bakgrunn for oppgaven og valg av tema.**

Oppgavens omfang er på 9825 ord.

Jeg har valgt dette temaet fordi jeg gjennom den praktiske delen av utdanningen har vært i situasjoner hvor døende og pårørende har hatt det spesielt vanskelig i den siste fasen av livet, blant annet som følge av at de ikke ble ivaretatt godt nok. Dette førte til en utrygg situasjon som virket negativt i forhold til angsten som døende ofte møter.

Jeg har observert at det ikke er så enkelt for sykepleieren å forholde seg til et annet menneskes angst for å dø. Hvorfor er det så vanskelig? Når det gjelder pasientene kan noen føle en sorg over å forlate selve livet. Det kan være vissheten om at de aldri skal se sine kjære igjen. Kanskje kan noen føle at de svikter sine nærmeste ved å etterlate de alene. Andre pasienter uttrykker en angst for selve dødsprosessen og noen er i tillegg redd for hva som eventuelt kan komme etter døden.

Jeg har sett sykepleiere som forholder seg rolig og mestrer situasjonen. De bidrar til å dempe angst og lindre smerte, men dessverre har jeg også sett det motsatte. Når en ikke føler seg trygg i en slik situasjon eller kanskje ikke har kunnskap nok er det lett å skjule seg bak tekniske oppgaver og prosedyrer.

Hva er det som gjør at noen sykepleiere mestrer møtet med den døende på en god måte mens andre viker unna og gjør seg usynlig? Hvordan kan vi som sykepleiere ta disse vanskelige pasientsamtalene og gjøre dem så god som mulig?

Jeg synes å ha erfart at det å tørre å åpne opp for samtale med pasienten og ofte bare være nærværende kan dempe angst, virke lindrende og gi håp/ro til den døende og pårørende.

Gjennom den teoretiske utdanningen har det ikke vært særlig fokus på angst hos døende. Jeg synes dette er underlig, siden vi som sykepleiere må regne med å komme i kontakt med alvorlig syke og døende mennesker.

For meg er det blitt naturlig å reflektere over temaet gjennom de praktiske erfaringer jeg har gjort i møte med døende. Hvorfor blir det noen ganger et godt møte hvor man føler at man får gi hjelp til lindring og være noe for den annen mens i andre møter føler man seg utilstrekkelig?

Jeg vil benytte arbeidet med bacheloroppgaven til å fordype meg i litteratur som omhandler dette temaet, og kanskje utfordre og utdype den forforståelsen jeg har fått i fra ulike praksisopphold. Slik kan jeg få en bedre helhetsforståelse, som kan gi meg en sterkere handlingskompetanse og handlingsberedskap når jeg står overfor slike sykepleieoppgaver i mitt praktiske arbeid.

### **1.2 Presentasjon av oppgaven**

Denne oppgaven har fokus på hvordan sykepleieren kan bidra til å dempe og lindre angst hos døende. Det sentrale i oppgaven er å drøfte hvordan sykepleieren kan gjennom å bruke seg selv bidra til at den døende får dempet sin angst og får en verdig død. Helhetlig ivaretagelse og omsorg er viktig i alle livets faser, med det menes det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige omsorg.

Nøkkelord i denne oppgaven er: kommunikasjon/håp, empati/tillit, åpenhet/ærlighet, respekt/tid og tilgjengelighet.

Formålet med denne oppgaven er å finne ut hva som har mest betydning for den døende i forhold til å lindre angst for døden og dødsprosessen. Jeg tror at hvis sykepleieren blir bevisstgjort hvor betydningsfullt det er for den døende og pårørende at døden kommer mest mulig fredfull, kan det skape interesse for å øke kompetansen på området.

Jeg har opplevd det spesielt verdifullt når jeg som medmenneske og sykepleier kan bidra med noe som gir trygghet og lindrer i livets slutfase. Vi som sykepleiere må aldri glemme at minnene om de siste timene i et menneskes liv, kan for mange pårørende og hjelpere være noe som sitter igjen som et sterkt inntrykk resten av livet. Jeg har hørt pårørende som har i ettertid ønsket at de ikke var tilstede hos den døende fordi de opplevde at det ble en uetisk og uverdigg avslutning preget av angst og usikkerhet.

Min problemstilling i denne oppgaven er derfor:

***Hvordan kan jeg som sykepleier bidra til å lindre angst hos døende?***

### **1.3 Avgrensning av oppgaven**

Da oppgaven har sin begrensning på ca. 9000 ord må jeg utelukke en del fra oppgaven som kan være vel så viktig i denne fasen av livet for pasienten.

Jeg har som utgangspunkt at smerte- og annen symptomlindring, samt annen fysisk pleie er ivaretatt. Derfor vil jeg ikke gå i dybden på den medikamentelle behandlingen, men fokusere på sosiale og åndelige behov.

Barn som pårørende blir ikke belyst og jeg går ikke i dybden på pårørendes situasjon.

Pårørende vil bli nevnt i beskrivelse av erfaringsbaserte opplevelser i drøftingsdelen når det er naturlig for å få en helhetlig forståelse.

### **1.4 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven er bygd opp av tre hoveddeler. Først vil jeg beskrive metode valg og vurdere litteraturvalgene mine kildekritisk.

Etterpå følger en teoridel der angsten defineres i eksistensiell sammenheng. Videre vil jeg begrunne teoretisk hvorfor kommunikasjon og mellommenneskelige forhold er viktige faktorer for at den døende pasienten skal kunne få det best mulig i livets siste fase. Jeg kommer til å bruke Joyce Travelbees sitt sykepleieteoretiske perspektiv i oppgaven.

Deretter kommer en drøftingsdel der jeg vil fremme en diskusjon basert på en pasienthistorie, ut i fra de teoretiske perspektiver jeg har valgt. Jeg kommer til å redegjøre kort for den åndelige dimensjonen som har med religion og livssyn, samt en eventuell tro på et liv etter døden, fordi mange av pasientene nettopp sliter med eksistensiell angst når de er stilt ovenfor døden. Tilslutt følger det en oppsummeringsdel.

## **2.0 Pasienthistorien**

Pasienthistorien som følger opplevde jeg i min praksis på sykehus. Jeg velger å kalle hovedpersonen for Per, og kona for Kari.

Per var innlagt på avdelingen med diagnosen Cancer pulmonalis, med residiv og gjennomgikk palliativ strålebehandling. Ekteparet var i utgangspunktet ressurspersoner og hadde en fin og respektfull måte i omgang med andre mennesker. De hadde diskutert framtiden og blitt enige om at hun skulle fortsette i jobben sin, og at han ville bli best ivaretatt på sykehuset. De hadde fått god informasjon om at diagnosen kunne føre til en vanskelig og vond situasjon på slutten

som krevde palliativ oppfølging for å redusere angst og andre symptomer. Derfor mente begge at sykehuset var beste alternativ for faglig ekspertise og oppfølging. Per fikk en stadig økende væskeansamling i lungene den siste uken han levde, og respirasjonen ble derfor vanskeligere for hver dag som gikk. De medikamentene han brukte gjorde ham forvirret, og når ødemene økte opplevde han at han var i ferd med å kveles. Dette skapte mye angst hos Per, og jeg opplevde at dette var svært vanskelig å være vitne til. Pers angst økte på de siste dagene, han var livredd for å ikke få puste. Han slappet av i korte perioder når noen satt og holdt ham i hånden eller var tilstedeværende. Dersom vedkommende pleier forlot rommet, merket han det straks og ble urolig. Ved et par anledninger observerte jeg at Per kom ut på gangen for å hente hjelp, kun iført litt undertøy.

Pers kone hadde det ikke godt i denne tiden. Hun hadde svært vondt av ham, men prøvde å gjøre seg sterk. Jeg observerte at det ble stadig vanskeligere for henne, og tilbød meg derfor å sitte hos mannen slik at hun fikk gå ut av rommet en times tid innimellom. Kari fortalte i den sammenhengen at hun hadde fått tilbud om dette tidligere av flere pleiere, men at hun hadde erfart at da hun vendte tilbake var mannen overlatt til seg selv og hadde panikkangst. Per var i tillegg omtåket og forvirret av medikamentene. Kari var redd for at han skulle falle og skade seg. Hun kunne ikke helt forstå at noen kunne forlate Per i en slik tilstand. Jeg lovet henne at jeg skulle være der hele tiden mens hun var ute. På den tiden jeg satt sammen med Per ble jeg flere ganger bedt om å hjelpe til på andre rom, men jeg sa at jeg hadde lovet å være dertil kona kom tilbake. Det var bare snakk om en times avløsning i løpet av en vakt slik at Kari fikk litt tid til seg selv.

Kontaktsykepleier og jeg hadde gitt en faglig begrunnelse på rapporten, om at Per måtte ha fastvakt på slutten. Nattevaktene hadde også gitt en faglig vurdering for det samme. Dette ble tatt opp med enhetslederen som vurderte situasjonen dit hen at det ikke var budsjettmessig tilrådelig med flere på vakt. Per fikk aldri fastvakt og dette ble begrunnet i manglende økonomi. På grunn av smerter, fikk Per en del analgetika. Den smertepumpen som vi hadde vurdert var nødvendig, og flere ganger hadde anmodet om, ble ikke tatt i bruk før samme ettermiddag som per døde.

### **3.0 Valg av metode**

Metode er redskapet vi tar i bruk i møte med en undersøkelse. Framgangsmåten vil være å innhente kunnskap som settes i system på en slik måte at resultatet kan etterprøves. Leseren har da mulighet til å følge prosessen og komme fram til det samme resultat, etter de premissene som er beskrevet. (Dalland 2007:83).

Man skiller mellom kvalitativ og kvantitativ metode og disse metodene kan gjerne kombineres. En kvalitativ metode brukes ofte for å få data som kan karakteriseres som et fenomen. Denne metoden gjør det lettere å gå i dybden på objektene og fange målgruppens meninger og erfaringer. Jeg har valgt en kvalitativ metode i oppgaven.

En kvantitativ metode har fokuset mer rettet mot å forme informasjonen til målbare enheter. Ved denne metoden er det vanlig å finne gjennomsnittet og prosenter ved å tallfeste ulike forskningsresultater. (Dalland 2006:73).

Jeg baserer oppgaven på hermeneutisk fenomenologi som beskriver mennesket som et vesen som tolker verden og ting rundt seg individuelt. (Dalland 2006:53-54).

### **3.1 Litteraturstudium**

Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming, ved å gå inn i et litteraturstudium fordi jeg er mest fortrolig med denne formen.

Pasientgruppen som oppgaven retter seg mot er dessuten en sårbar gruppe. Som student har jeg verken anledning til eller ønsker jeg å utsette dem for intervju eller bruke spørreskjemaer. Temaet er godt beskrevet og omtalt i litteraturen og det er lett å finne fram til relevant litteratur.

Kildekritikk innebærer et kritisk blikk for å avgjøre om en kilde er sann eller ikke. Dette gjøres ved å foreta en vurdering og karakterisering av de kildene man har benyttet. ( Dalland 2007: 68-69).

Ved innhenting av kilder har jeg stilt meg kritisk til validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet). Jeg har vært påpasselig med at artiklene er primærkilder fordi det skal være etterprøvbart. Kjennetegnene på originalartikler er at de skal kunne etterprøves og kontrolleres. Jeg har også vært nøye med å vurdere faglig relevans i forhold til sykepleiens faglige innhold.

For å kunne drøfte fenomenet angst hos døende og angst for selve dødsprosessen, må jeg finne fram til relevant litteratur, forskning og fagartikler innenfor området. Jeg vil bruke både teoretisk litteratur, som er forankret i virkeligheten og empirisk informasjon, som viser til erfaringer fra virkeligheten.

Jeg har lest gjennom den valgte litteraturen og fagartiklene. Deretter har jeg valgt systematisk ut stoff som vil være med på å besvare problemstillingen. Det utvalgte stoffet settes sammen til en teoridel som blir brukt videre i drøftingen.

For å fange opp det jeg synes er relevant for oppgaven har jeg stilt meg spørsmål som for eksempel: Hvordan bør sykepleieren opptre i møte med den døende? Og hva er utfordringen? Hva kan sykepleieren gjøre i forhold til angstproblematikken hos det døende mennesket?

Jeg vil i drøftingen ta utgangspunkt i en *pasienthistorie* og drøfte den opp imot *teoridelen*.

## **4.0 Teoridel**

### **4.1 Valg av sykepleieteori**

Fordi mitt tema for oppgaven er sykepleierens rolle i forhold til å lindre angst hos døende har jeg valgt Joyce Travelbee, som teoretiker fordi hun fokuserer på sykepleiefagets mellommenneskelige aspekter. Travelbee var født i New Orleans i USA i 1926 og døde i 1973. Hun var psykiatrisk sykepleier og fenomenolog. I tillegg var hun inspirert av eksistensialistisk filosofi forankret i humanismen. Filosofien tar utgangspunkt i menneskets individuelle eksistens og hva som gir våre liv mening. Travelbee sier noe om hvordan sykepleieren kan møte mennesket i lidelsen. Hennes teori bygger på tolkning av det mellommenneskelige aspektet i sykepleiefaget og har dermed hermeneutisk vinkling. Hun er opptatt av at et hvert menneske er et unikt individ, likt, men også ulikt alle andre. Selv brukte hun ikke begrepet pasient, men menneske.

### **4.2 Joyce Travelbee og interaksjonsprosessen**

Travelbee sier at sykepleiens mål og hensikt bare kan oppnås gjennom etablering av et virkelig menneske til menneske forhold. Et slikt forhold kan ikke etableres mellom roller, men utelukkende mellom personer. Et slikt forhold etableres i følge henne gjennom en interaksjon som har 5 faser og for at sykepleieren skal komme videre oppover i fasene, er det sentralt med terapeutisk bruk av seg selv. Dette er: "*bevisst bruk av personlighet og kunnskap for å bidra til forandring hos den syke. Forandringen er terapeutisk når den avhjelper den annens plager*". ( Travelbee 1999:44-45).

Den første fasen er den *innledende* fase. En vil i denne fasen beskrive hva som skjer i dette innledende møtet. Hva en tar med seg, og hvordan det vokser fram en identitet. Det første som er vesentlig er at en ikke kjenner hverandre, men vi har kanskje og som regel fått noen detaljer på forhånd om vedkommende, samt gjort oss noen inntrykk før vi møter pasienten. Sykepleieren får i møtet en følelse av hvordan pasienten er og hvilken person han gir seg uttrykk for å være. Dette møtet er basert på våre observasjoner. Det kan være både væremåte og handlingene hans. Pasienten lar oss bli kjent med han, vi får en tilnærming. Utfordringen er å se mennesket bak sykdommen. Vi som helsearbeidere bør ha en evne til å interessere oss for pasienten som person. Dersom vi ikke har denne evnen til å se personen, vil vårt forhold bli overfladisk, upersonlig og mekanisk.(Travelbee 1999:1-233).

Travelbee viser til at observasjonen er det første og aller viktigste trinnet i sykepleierprosessen. Den danner grunnlaget for første inntrykket, basert på verbal- og nonverbal kommunikasjon. Samtidig har vi tidligere inntrykk og erfaringer fra andre mellom menneskelige relasjoner som påvirker oss. Sykepleieren må se mennesket bak diagnosen. Mennesket er ikke en sykdom, men har en lidelse eller sykdom. Travelbee sier videre at i det innledende møtet mellom pasient og sykepleier har vi innebygde forestillinger i forhold til hverandres roller. Dette kommer av at vi ser på hverandre som stereotyper og ikke som et unikt individ. (Travelbee 1999:1-233).

I det andre møtet heter det at en får framvekst av *identiteter*.

Et godt eksempel fra praksis er at vi som sykepleiere tar oss tid til pasienten. Som det første møtet henger disse to ganske tett oppunder hverandre. Vi kan velge å bruke tid på å bli kjent med personen bak diagnosen. Vi skaper en relasjon og en samhandling. Ut i fra dette møtet med pasienten spør vi og får de opplysningene vi trenger. Pasienten vil kunne føle seg ivaretatt og bli tryggere i situasjonen. Da er det også viktig at vi oppretter et forhold som er under utvikling.(Travelbee 1-233).

Det tredje møtet omhandler *empati*. Vi må kunne sette oss inn i den andres situasjon. Vi må ha en evne til å tre inn i pasientens opplevelsesverden. Som et eksempel på dette er at vi ikke bare ser navnelappen på handa, men personen som ligger i senga. Samtidig må sykepleieren passe på å være profesjonell i sitt nærværende ovenfor pasienten.

Det er helt i orden å kunne vise følelser, være et medmenneske. Vi må la pasienten og pårørende få uttrykke sine følelser. Noen ganger står man ovenfor alvorlig sykdom med dødelig utgang og da kan vi både gråte med dem og være med dem i eventuell sorg.

Det at vi veileder og henviser til tverrfaglig samarbeid er også viktig. Pasientene må kunne få uttrykke følelser og få hjelp til å bearbeide inntrykk, men sykepleieren bør være den sterke i slike situasjoner. Dette for å gi pasienten en følelse av trygghet og at sykepleieren er faglig dyktig nok til å veilede.

Empati er også avhengig av de berørte parter tidligere erfaringer i livet og personlig bakgrunn. Derfor er det ikke realistisk at sykepleieren har empati med alle pasientene.(Travelbee 1-233).

Empati er evnen til å ta del i den annens sinnstilstand, men samtidig skille mellom seg selv og den andre. Travelbee hevder at når sykepleieren har empati med pasienten, vil denne fornemme den andres indre opplevelser på et gitt tidspunkt. Man tar del i den andres sinnstilstand uten å føle og tenke som den andre. Dette skal gi en forutsigbarhet hvordan den annens adferd kommer til å bli. (Travelbee:1999:1-233).

Det fjerde emnet omhandler *sympati og medfølelsesfasen*. Dette er resultatet av den empatiske prosessen, det at vi ønsker å hjelpe pasienten. Vi viser sympati med å være et medmenneske og viser den varmen pasienten føler han vil ha. Sykepleieren utvikler et ønske om å lindre pasientens plager fordi pasienten er blitt en person som angår en. Vi har sympati ovenfor pårørende og viser forståelse. Vi setter oss inn i deres følelser, men vi kan ikke kjenne deres ubehag. Varmen i sympatien kan formidles verbalt eller non-verbalt. Ofte er det sykepleierens væremåte som uttrykker medfølelsen, eller mangelen på medfølelse. Så framtidig sykepleieren virkelig klarer å være til hjelp vil resultatet av denne fasen bli utvikling av et tillitsforhold, gjensidig forståelse og god relasjon (Travelbee 1999: 1-233).

Lidelse er en følelse som spenner fra en enkel forbigående, fysisk, psykisk eller åndelig ubehag til ekstrem angst og kval. (Travelbee 1999: 1-233).

Travelbee er også opptatt av meningen med sykdom og lidelse. Hun mener at sykdommen er lettere å takle og blir mindre sterk hvis man greier å finne meningen med den, og at mening bare kan finnes i den grad den syke fremdeles føler seg verdifull som individ. Videre mener hun at sykepleierens oppgave blir her å hjelpe den syke til å finne mening. Dette kan innebære og akseptere at vi som mennesker ikke er udødelige, og innse at ingen er fritatt for sykdom og lidelse. Travelbee beskriver to hovedmåter å reagere på ved sykdom og lidelse. Den første er "hvorfor meg?" Hun mener dette er den vanligste, og at det kommer av at en nekter å godta situasjonen. Dette kan føre til at man syns synd i seg selv, blir sint på seg selv eller omgivelsene, man kan bli deprimert eller forvirret. Den andre reaksjonsmåten er akseptasjon. Man tar i mot det som kommer av lidelse og sykdom fordi man vet det er en del av livet. (Travelbee 1999:1-233).

Sympati er tanker og følelser som vi sykepleiere formidler til den andre. Vi kan formidle sympati verbalt eller igjennom væremåte. Dette er holdningsbasert, en deler pasientens fortvilelse og opplevelse. Vi får pasienten til å kjenne at vi bryr oss, som igjen påvirker han psykisk og fysisk. Opplevelsen av sykepleierens sympati, der vi gir støtte og empati vil kunne bedre pasientens mestring av tilværelsen.(Travelbee 1999:1-233).

Den siste fasen omhandler det å etablere *gjensidig forståelse og kontakt*. Dette er et menneske til menneske forhold basert på interaksjonen ved de tidligere fasene. Den vil utvikle seg i handlingsmønsteret til sykepleieren som har vist forståelse og det å kunne hjelpe pasienten med å forbedre sin situasjon. For å utvikle kontakten på dette nivå forutsetter det at sykepleieren har et ønske om å hjelpe og har praktiske og teoretiske kunnskaper for å imøtekomme pasientens behov. Pasienten får en sterk tiltro til sykepleieren.(Travelbee 1999: 1-233).

Målet med alle fasene er at vi må lære å kjenne pasienten og innhente bakgrunnsopplysninger. Etter at vi er blitt bevisst på pasientdata er det lettere å kunne få en dialog, skape *tillit*. Vi må gi av oss selv, skape en relasjon hvor pasienten kan bli kjent med oss. På denne måten kan pasienten føle seg tryggere. Vi må samtidig finne pasientens behov og utføre hensiktsmessig pleie. Vi må kartlegge og lage et ønsket mål for pleien vi gir ved innhenting av data. Her kan pårørende være til hjelp. Pårørende sitter med informasjon som kan gjøre at vi blir kjent med pasienten på en annen måte, det kan være ting pasienten utelater bevisst som har betydning for omsorgen og pleien vi gir. ( Travelbee 1999:1-233).



#### **4.4 Angst for livet og døden**

Psykoanalysen beskriver angst som en indre uro som ikke har noen konkret årsak og er subjektiv. Angsten er en grunnstemning av overhengende fare som ikke kan forklares på en rasjonell måte fordi den ikke er rettet mot noe konkret. Kroppslige symptomer er raskere puls, skjelving, utvidelse av pupillene, munntørhet, hete- og kuldetokter. Mennesket vil handle ved å prøve å flykte unna og i ettertid unngå situasjoner hvor angsten er blitt framkalt. Såkalt "fright, fight and fly" reaksjonen. (Kringlen 2005:156-157).

I følge den amerikanske psykiater Irvin D. Yalom har angstfenomenet to grunnleggende aspekter: Det destruktive og ødeleggende på den ene siden og det skapende og befriende på den andre siden. Han mener at alle har en grunntone av angst i seg. Vi vet med sikkerhet at en dag skal vi dø. Allikevel er det for mange slik at denne vissheten ligger bare som en anelse som vi fortrenger og er urovekkende i individets verden. Når vi må erkjenne at døden er nært forestående kan vi få en eksistensiell angst for dødens uunngåelighet og vårt naturgitte ønske om å få være til. Han hevder at stilt ovenfor døden vil alle føle mer eller mindre angst. Det er frykten for erkjennelsen av ikke å skulle være til og at alle muligheter er forbi, tilintetgjørelse, som framkaller dødsangst i følge Yalom. (Holgernes 2004: 9-33).

Eksistensiell angst innebærer angsten for å være til. Det blir hevdet at den angsten vi kjenner når vi står ovenfor døden, eller tenker på den, er et kjennetegn vi mennesker har på vår frihet og at vi har ansvar for våre valg i livet. Det synes å være slik at alle som undrer seg over meningen med eget liv kan oppleve eksistensiell angst.

Det å møte krefter inni oss og reaksjoner som vi ikke forstår eller godtar, er en del av å være menneske. Ved å erkjenne disse sidene ved oss selv kan angsten kanskje bli dempet eller slippe taket.

Eksistensiell angst er en del av livet som ikke kan behandles bort. Det som er nytt og fremmed oppleves ofte skremmende, men ved å gå inn i nye og fremmede situasjoner vil vi lære noe og vi utvikler oss som mennesker.

Livet starter med fødselen og avsluttes ved døden. Det kan gi en følelse av at døden kaster skygger over våre liv. Hvordan vi mennesker forholder oss til dette faktum er individuelt. Noen ser det som en berikelse. De lever mere intenst i øyeblikket og vil ha mest ut av livet. Andre føler det tyngende og de hemmes i å sette pris på livet. Ofte kan det være en blanding av begge deler.

Det er kanskje viktigere å erkjenne dødsangsten og det faktum at vi er dødelige istedenfor å søke etter eksistensielle svar. Mange mennesker har i dag en dragnig mot "alternative" terapeuter for å finne mening og tilfredshet i livet. Denne stadige søkingen kan føre mennesket bort fra egen identitet og skape angst i seg selv. (Berge, T. og Repål Arne 1997: 63-69).

#### **4.5 Panikkangst**

Panikk betyr at personen stort sett ikke oppfatter annet enn sin egen angst. Sanserefeltet er redusert til en detalj som kan forsterkes til ugjenkjennelige dimensjoner. Følelsene blir uvirkelige, tankene flyktige, forvirring og frykt preger personen. Anfallet utløser en voldsom energi som kan sees som sinne, personen finner ikke roen, eller at personen flykter uten mål. Kroppens naturlige forsvarsmekanisme er å møte stressende hendelser ved hjelp av bevisste, handlingsorienterte mekanismer som angrep, avledning eller trekke seg unna.

Forsvarsmekanismene er ubevisste og danner forsvar mot det som truer selvet. Angsten hindres på denne måten i å utvikle seg. Det er forskjell fra person til person hvor sterkt forsvarsmekanismene fungerer. ( Blix,S.E og Breivik, S. 2006:95).

#### **4.6 Etiske utfordringer**

Den danske filosofen *Løgstrup* mente at etikkens grunnlag ligger i hvert enkelt menneskes opplevde virkelighet, som tillit, medlidenhet, barmhjertighet, talens åpenhet og håp.

Han sier videre at den etiske fordringen ikke er noe vi har valgt, den er oss gitt. Vi skal handle godt for vår nestes skyld, ikke for oss selv.

Hans filosofiske utgangspunkt bunner i at mennesket alltid står i et forhold til andre og at grunnsituasjonen er å tørre å våge seg fram for å bli imøtekommet.( Eide & Eide 2007:104-105).

I NSF's yrkesetiske retningslinjer vises det til grunnlaget for utøvelse av sykepleie, og hvordan sykepleieren bør møte pasientene. Grunnlaget vil være å møte pasientene med respekt, og basere helsehjelpen på omsorg, barmhjertighet og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Sykepleieren skal ivareta pasientens integritet, utøve helhetlig omsorg og la pasienten være medbestemmende. Sykepleieren skal verne om livet helt til livet fra naturens side blir sett på som avsluttet. (NSF's yrkesetiske retningslinjer 2001: § 2.1.§ 2.3. § 2.4. § 2.5.

Sykepleierens ansvar er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. Man skal fremme det gode og unngå handlinger og situasjoner der mennesket blir skadelidende. Retningslinjene bidrar til en høy etisk sykepleiefaglig standard og har i stor grad sammenheng med lovverket. Dette innebærer at hvis sykepleieren går utover de etiske retningslinjene vil man også ofte gå over de juridiske grensene. Sykepleieren har en plikt til å ivareta pasientens autonomi på en riktig måte. Både på det juridiske og moralske plan. Pasientautonomien kan forstås på tre ulike måter: Enten som egenskap, et prinsipp eller en rettighet. Autonomi blir knyttet til individets evne til å handle ut ifra egne verdier og holdninger. Autonomi som prinsipp vil si at pasientens ønsker og behov skal bli respektert når medisinske eller sykepleiefaglige avgjørelser fattes. Autonomi som rettighet vil si at pasienten har krav på å få sine valg respektert. (Slettebø, Å. 2003:79).

#### **4.7 Kommunikasjon og empati**

Eide & Eide mener i boken ” Kommunikasjon i relasjoner” at kommunikasjon kan i sin enkleste form defineres som:

*Utteksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter.*  
( Eide & Eide 2007:18).

Kommunikasjon mellom mennesker deles inn i to hovedtyper:

- Verbal kommunikasjon som er utveksling av signal gjennom skrift eller tale.
- Non-verbal kommunikasjon som er utveksling av signal gjennom for eksempel kroppsholdning, ansiktsuttrykk, bevegelse, skjelving, stemmebruk og berøring.( Eide & Eide 2007:19).

Den virkning non-verbal og verbal kommunikasjon har på mottakeren er vesentlig for kommunikasjonen som helhet. Det er ikke nok å høre hva motparten sier, men man må oppfatte det non-verbale også.( Eide & Eide 2007:19).

Kommunikasjon som er pasientrettet er en forutsetning for empowerment, som innebærer å få fram pasientens perspektiv og hans psykososiale sammenheng. Hjelperen må nå fram til pasientens verdier og dele makt slik at pasienten beholder kontroll og innflytelse der det er mulig. (Eide & Eide 2007:19-22).

## 5.0 Dødsprosessen

Gjennom samtaler med 200 alvorlig syke og døende utviklet Elisabeth Kubler – Ross en teori om faser de syke og døende hadde felles. Hun kalte disse stadiene for dødsprosessens fem stadier:

### 1. Stadium: Fornektelse

Pasientens første reaksjon kan være en midlertidig sjokk tilstand som pasienten kommer seg gradvis ut av. Kjennetegn på sjokk kan være at personen blir fraværende, stirrer ofte ut i lufta med et tomt blikk og distanserer seg fra omgivelsene. Hukommelsen svikter og handlingene blir tregere. Evnen til å ta beslutninger blir borte. Mangelen på selvstendighet i denne fasen kan gi seg uttrykk i et behov for å bli passet på. Når den første graden av handlingslammelse avtar kan den komme en reaksjon som ” nei, det kan ikke hende meg, det er ikke sant”.

Fornektelse av en diagnose opptrer ofte hvis den blir gitt for hurtig og på en lite empatisk måte. Fornektelsen er en midlertidig forsvarsmekanisme mot den sjokkerte beskjeden. En sjelden gang kan fornektelse fortsette helt til slutten av livet, hos andre kan det variere. Intellektuelt skjønner vi det som skjer, men sannheten blir for vond å ta inn over seg. Ved fornektning får kroppen tid på å samle seg etter sjokket over å ha fått en alvorlig diagnose, kanskje med dødelig utgang. Dette er en nødvendig fase for at pasienten skal kunne møte den angstfylte og smertefulle situasjonen det er å kanskje skulle forlate livet. (Kubler – Ross 1995:48-60).

### 2. Stadium: Sinne

Når fornektelse ikke lengre fungerer eller kan opprettholdes, avløses den av raseri, sinne og misunnelse. Det er i denne fasen pasienten ofte stiller spørsmålet ” hvorfor meg”? Dette gjelder ofte ved kroniske sykdommer og sykdommer med dødelig utgang. Tap av kontroll over egen kropp, uforutsigbar framtid og skjebne framkaller sinne og raseri. Sinnet kan gå ut over personer i omgivelsene. Hvis pasienten er troende kan sinnet gå ut over Gud. ( Kubler-Ross 1995:60-90).

### 3. Stadium: Kjøpslåing

Pasienten prøver å minske skaden eller forlenge livet ved å love ting for eksempel ovenfor Gud, leger, seg selv eller andre i nære relasjoner. ( Kubler - Ross 1995:90-94).

### 4. Stadium: Depresjon og angst

Oppstår når dødsvissheten inntreffer, bevisstheten om sykdommen har en dødelig utgang. Depresjon og angst kommer som følge av det å skulle forlate de man er glad i og livet generelt, samt uvisshet om hva som kommer til å skje før døden inntreffer. ( Kubler- Ross 1995:94-114).

### 5: Stadium: Akseptering

Når pasienten har kommet til dette stadiet inntreffer ofte en aksept av situasjonen. Pasienten trekker seg mer inn i seg selv og mister interessen for omgivelsene.

Dette betyr ikke at det er et stadium som pasienten ikke kan føle angst og smerter, men interessen for omgivelsene faller bort. Det kan virke som dette stadiet er en naturlig prosess

med tanke på at livet skal opphøre. Disse stadiene trenger ikke komme som skissert, men i ulike rekkefølger. De kan også opptre vekselvis. (Kubler-Ross 1995: 115-136)

## **6.0 Drøfting**

### **6.1 Hvordan kan jeg som sykepleier bidra til å lindre angst hos døende?**

#### **Betydningen av gode relasjoner og tillit for å redusere angst**

Jeg hadde kort tid på meg til å skape en god relasjon til Per og Kari. Kanskje var det fordi at jeg har livserfaring at jeg klarte å bygge opp tillit. Travelbee sier at godt voksne pleiemedhjelpere ofte har en større evne til å uttrykke empati fordi de har en bredere erfaringsbakgrunn enn yngre. (Travelbee 1999)

Det kan være situasjoner hvor pasienten er uten pårørende hvor vi kan sitte på sengekanten og tilby nærhet og en hånd å holde i. Vi må vise at vi opprettholder tilliten til pasienten, den som han allerede har gitt oss. Empatien er erfaringsbasert, en kan ikke ha forståelsen for andres lidelse om en ikke har opplevd noe lignende. (Travelbee 1999).

I mange tilfeller er møtet med den døende og pårørende av kort varighet. Sykepleieren har lite tid til disposisjon for å bygge opp tillit og lære pasienten å kjenne som person. Da blir de møtene vi har spesielt avgjørende for om vi klarer å skape et godt forhold. Det kan være at sykepleieren er nyutdannet og dermed føler seg utilstrekkelig og er redd for å si noe galt og trekker seg unna. I en slik situasjon kan sykepleieren oppleve egen angst. (Jfr.4.5).

Det er viktig at sykepleierne dokumenterer i sykepleiejournalen og gir korrekte rapporter slik at pasienten får gjennomgående god pleie uavhengig av hvem som er på vakt. Ledelsen må sørge for at personalet får tilbud om etter- og videreutdanning og at man kan utvikle seg gjennom fagdager hvor sykepleierne kan diskutere faglige spørsmål. Dette er med på å utvikle et godt kollegialt og faglig miljø.

Marit Tømmerbakk har i Sykepleien 2007 95(13):62-63 en artikkel som omhandler pleie ved livets slutt. Der fokuseres det på hvor viktig det er for pasientene og pårørende å oppleve trygghet. Nærhet, ekthet og håp er nøkkelord i livets slutfase. Vi kan ikke gi håp om et lengre liv, men håpet kan være at de siste dagene blir håndterbare. Pasienten må være trygg på at lindringen kommer når den trengs, helst i forkant av smertene. Selv om pasienten er døende må vi huske at han er et levende individ inntil han faktisk er død. Ved å gi god informasjon om lindrende behandling og tiltak kan pasienten føle seg tryggere og angstnivået reduseres.

Som hjelpere er det krevende å stå i slike situasjoner som med Per og Kari, men som artikkelen påpeker må vi være bevisste på at det å gi lindring, støtte og tilrettelegging, er en hjelp selv om den ikke er kurativ. Når vi hjelper pasienten med å finne stillinger som letter respirasjonen gir sykepleieren en viktig hjelp. Ved å lære pasienten pusteteknikk for å kontrollere angsten gir sykepleieren hjelp. Bare det at man er tilstedeværende kan virke dempende på angsten hos pasienten og pårørende føler ansvaret mindre tyngende. De må få lov å være nettopp pårørende og ikke måtte overta pleiansvaret. Det er viktig at de blir inkludert og sett.

Hvis vi som hjelpere klarer å skape en god relasjon til pasient og pårørende som gir tillit og åpner opp for samarbeid, kan vi bidra til at døden oppleves mindre truende og angstfylt. Vi må verne om pasientens og pårørendes verdighet og integritet. Fødselen er preget av glede.

Døden av sorg, men begge deler er begivenheter i et menneskes liv som vi må omgås med omtanke og respekt for de menneskene som er berørt.

Berørt blir vi som hjelpere, men hvis vi har hjulpet noen inn i døden og føler at måten det ble gjort på var lindrende og støttende for pasient og pårørende, blir det en positiv opplevelse for de involverte og vi som sykepleiere kan unngå å bli utbrente. (Tømmerbakk, Marit. Sykepleien 2007).

### **Hjelpende kommunikasjonsferdigheter**

Profesjonell kommunikasjon skiller seg noe fra kommunikasjon i dagliglivet. Vi bruker fagterminologi i utøvelsen av vår profesjon. Profesjonell kommunikasjon skal ha et helsefaglig innhold og være hjelpende for de ulike pasientene. Det vil si at den skal være faglig velbegrunnet og være til hjelp. Den skal også være basert på yrkets verdigrunnlag. (Eide & Eide 2007:17-19).

I relasjon mellom sykepleier og pasient spiller ofte kroppsspråket en like viktig rolle som det verbale. I profesjonell sammenheng har den non-verbale kommunikasjonen to viktige sider. For sykepleieren er det viktig å være klar over hva man signaliserer med kroppsspråket, og at det harmonerer med det som blir uttrykt i ord. Det andre aspektet er å observere og tolke andres non-verbale språk. (Eide & Eide 2007:145). Ved å åpne opp for kommunikasjon bygd på nærhet og tillit kan sykepleieren oppnå at angsten og lidelsen blir dempet hos pasienten. Løgstrup mener at menneskets tillit er naturlig og at helsearbeiderne har i oppgave å ivareta denne tilliten og styrke den slik at håpet blir bevart. (Eide & Eide 2007:58).

For å kunne bygge en relasjon mellom sykepleieren og pasient (Jfr. Travelbee 4.2) må man komme i dialog og vise initiativ. Ved å bruke hele seg selv og være tilstede i situasjonen skaper man bedre hjelpetrende og pasientrettet kommunikasjon. Det kan være gjennom non-verbal adferd som viser at man er henvendt mot og oppmerksom på pasienten. At sykepleieren oppmuntrer og stiller spørsmål underveis i samtalen. Ved å omformulere det den andre har sagt kan man bekrefte at man har oppfattet riktig. Bruk av ”speiling”, det vil si at vi gjør inntrykk av å kjenne igjen den andres følelsesmessige reaksjoner skaper forståelse i relasjonen. Tilslutt i samtalen bør man sammenfatte innhold og følelser for å bidra til å tydeliggjøre det man snakker om. (Eide & Eide 2007:19-22).

### **Pers angstproblematikk de siste dagene av sitt liv, relasjon og sykepleietiltak**

Per var pasient på avdelingen i bare en knapp uke. I utgangspunktet visste vi ingenting om han utenom diagnosen. Hans tilstand forverret seg raskt og han hadde nok med å bekjempe angsten og klare seg gjennom dagen. Det ble for utmattende å føre samtaler. Allikevel fikk jeg raskt en oppfatning av Per som person, basert på observasjoner og samtaler med Kari. Jeg fikk vite at han hadde vært en resurssterk person, som alltid hadde gjort sitt beste både for familien og gjennom sitt arbeide. Kort sagt en som stilte opp når det var behov. Ekteparet hadde et fint samliv, bygd på forståelse og respekt. Nå var han blitt den som trengte hjelp og var avhengig av kona, på samme tid som han var bekymret for at det skulle bli for mye for henne.

I mitt første møte med Per, som varte bare mens vi gikk legevisitt, var mitt førsteinntrykk at han var svært angstfylt. Jeg hadde da ingen informasjon om diagnosen og personen, jeg så bare angsten. Etter hvert som jeg fikk informasjon gjennom dokumentasjon, observasjon og samtale med Per og kona kom mennesket bak angsten og sykdommen fram. (Travelbee 1999). Det jeg erfarte i forhold til Per og forutsigbarhet var at når han fikk panikk og

kvelningsfølelser, ble adferden irrasjonell. Han glemte å bruke ringeklokka på rommet for å tilkalle personale, men sprang ut i korridoren kun iført undertøy for å hente hjelp. Sykepleieren må ha i tankene at i angstfylte situasjoner kan pasienten oppføre seg utforutsigbart og det er viktig å være tilgjengelig og nærværende for å dempe angsten. (Jfr. 4.5).

For meg syntes det som at de fleste av personalet hadde problemer med å være sammen med Per. Jeg tror ikke det bare berodde på manglende ressurser, men også at det følte vanskelig å forholde seg til den angsten og fortvilelsen som Per opplevde. I følge Hummelvoll kreves det stor sinnssro hos sykepleieren hvis denne skal klare å dempe angstopplevelsen hos pasienten. Hvis sykepleieren er utrygg, kan angsten smitte over på sykepleieren og personalet. Sykepleieren bør jobbe med sin egen usikkerhet, slik at det er mulig å formidle ro og trygghet til pasienten. Sykepleieren bør bruke korte setninger når han eller hun henvender seg til pasienten fordi pasientens oppfattelsesevne er svekket. (Jfr.4.5). Det er viktig å være klar over at toneleiet og stemmebruken må være rolig og behersket for å formidle trygghet. (Hummelvoll 2001:114).

Jeg merket meg at noen av sykepleierne unngikk rommet til Per. Andre skjulte seg bak tekniske prosedyrer og var raske med å gjøre seg ferdig, mens noen få satte seg ned og holdt han i hånden eller bare var tilstede- og nærværende. Som individer er vi forskjellige og jeg tror at det er viktig som sykepleier å si i fra hvis det oppstår en situasjon som blir for krevende. Da kan noen andre, så langt det er mulig, tre inn i den. Pasienten bør ikke bli skadelidende for vår utilstrekkelighet. På den annen side har jeg opplevd at man utvikler seg gjennom erfaring og det er kanskje ikke uvanlig å være usikker før en blir mer erfaren i forhold til egne reaksjoner ovenfor døende og angst som kan oppstå. (Jfr.2.0).

Sykepleieren bør ta initiativ og tilby hjelp om avlastning ovenfor pårørende. Jeg oppfattet at kona til Per ikke bad tydelig nok om hjelp før hun ”møtte veggen”. På den ene siden kan man kanskje si at hun burde sagt tydelig i fra tidligere. Spesielt da hun fant mannen alene etter å ha avtalt med en sykepleier som lovet at noen skulle være hos Per. På den andre siden er det naturlig å forvente å bli sett av sykepleieren og møtt på en god måte. (Løgstrup i Eide & Eide (2007) s 34). Hva gjør dette med tilliten ovenfor sykepleieren? De fleste vil kanskje prøve å bære situasjonen så lenge det går? For Per var det greit at jeg satt hos ham mens kona var ute. Jeg merket imidlertid at de første gangene falt han ikke i søvn, han glippet stadig med øynene for å stadfeste at jeg var der. Det var tydelig at tillitten måtte oppbygges til meg som personale. Dette må være en unødvendig tilleggsbelastning for pasient og pårørende. I følge Travelbee skal sykepleieren møte pasienten, pårørende og omgivelsene med empati, tillitt, verdighet og respekt. (Travelbee 1999).

Det kan være mange årsaker til at sykepleieren opplever møtet med angstfylte, lidende og døende pasienter som vanskelig. Jeg tror at spesielt påminnelsen om ens egen forgjengelighet er truende og vi bærer med oss tidligere opplevelser som kan ha vært vonde både personlig og yrkesmessig. Dette kan utløse usikkerhet, utrygghet, angst, sinne, og skyldfølelse. (Jfr.4.4). I tillegg kan det oppstå eksistensielle, åndelige og etiske spørsmål og problemstillinger som sykepleieren ikke kan svare entydig på. (Jfr. 4.4).

De samme situasjonene som beskrevet ovenfor kan også tolkes som utfordrene, utviklende og da kan sykepleieren utvikle seg positivt. Selvoppfatningen kan bli styrket og gode følelser som håp og takknemlighet vokser fram og sykepleieren opplever indre vekst og harmoni.

Det synes for meg at det er viktig at sykepleieren har det godt med seg selv når hun eller han skal mestre erfaringer med lidelse og død. Et godt selvbilde og god selvinnsikt er av betydning for hvordan vi mestrer møte med lidende og angstpregede mennesker. Hvis vi erkjenner at det ikke bare kreves mot, men også faglig dyktighet og selvinnsikt for å arbeide blant mennesker med angst og lidelse, kan sykepleieren ved å bruke seg selv terapeutisk gi god omsorg. (Travelbee 1999). Hvis ikke sykepleieren har det godt med seg selv og er redd og usikker i forhold til angsten og lidelsen hos pasienten, vil pasienten og pårørende føle vår egen angst og usikkerhet. Når sykepleierens kroppsspråk og handlinger ikke samsvarer med ordene kan angsten forsterkes hos pasienten og pårørende. Sykepleieren må lære seg å møte sin egen angst, usikkerhet og utrygghet. Først da er vi i stand til å opptre ekte og avslappet og det blir samsvar mellom det vi uttrykker gjennom ord, handlinger og adferd. (Almås (red.) 2001: 48-64).

Opplevelsen av ikke å få puste er noe av det mest angstskapende et menneske kan oppleve, følelsen av å bli langsomt kvalt fører til at alt dreier seg om det for pasienten. (Jfr.3.2). Sykepleieren må bidra til å formidle trygghet og ro rundt pasienten, skape tillit, og hjelpe til med å finne stillinger som gir best mulig ventilasjon for lungene. Sykepleieren må vurdere effekt av forordnede medikamenter som er angstdempende og letter respirasjonen. Sykepleieren er bindeleddet mellom legen og pasienten, og skal være pasientens talsmann. (Almås (red.) 2001:284-314).

For at Per skulle klare å bekjempe angsten, best mulig, var han avhengig av at noen var der for han, mennesker han kjente og som han stolte på. Da følte han seg tryggere fordi han visste at han fikk lindrende behandling som oksygentilførsel og vanndrivende medikamenter ved behov. Jeg kan antagelig ikke helt ut forstå hvordan den tilleggsbelastningen det var å bli forlatt alene slet på Per og Kari.

Enkelte pasienter kan regrediere og får en oppførsel som ligner på små barn. Dette kan være et uttrykk for redsel og angst fordi pasienten mister kontroll og ikke mestrer situasjonen. Forutsigbarheten i hverdagen blir borte og pasienten blir avhengig av andre. (Jfr.4.5). Jeg merket at de gangene Per kom ut på gangen i bare undertøyet var det en del av helsepersonellet som bare overså han og trakk seg unna. Jeg tolket dette som en usikkerhet i forhold til hans adferd. Kanskje var noen redde for å bli innblandet i noe som virket irrasjonelt og ubehagelig å forholde seg til. Jeg valgte å gripe inn ved å ta kontakt med ansvarlig sykepleier og hjelpe til med å roe ned situasjonen.

### **Etiske utfordringer i forhold til den døende pasient**

Løgstrup's etiske fordring sier sykepleieren at vi skal ivareta det som av den andres liv blir tillagt oss, men ikke hvordan vi skal gjøre det. Her mener han at det er situasjonen som avgjør hvordan man møter den annen. (Løgstrup i Eide & Eide (2007).

Det som ligger i begrepet Løgstrup's etiske fordring har appellert til meg som person. Kanskje fordi det sier noe om det ansvaret vi har som sykepleiere ovenfor pasientene, og går på den verdien vi har som mennesker. Dette står i sterk kontrast til andre språkformuleringer som brukes i helse- og omsorgssektoren, hvor det fokuseres på effektivitet og kostnader. Hvor effektivt kan man gi omsorg og nærhet til en døende? Og hvor produktivt er det? Hver gang jeg står ovenfor døden, blir jeg grepet av hvor skjært menneskelivet egentlig er. Jeg blir da påminnet om at en gang er det min tur, og at jeg sannsynligvis vil oppleve nære pårørendes bortgang. Hva ønsker jeg selv når min tid kommer?

Jeg tror at det er viktig å prøve å fortolke Løgstrup. Når han sier at vi har *noe* av den annens liv i våre hender, er det viktig å legge merke til ordet *noe*. ( Løgstrup i Eide & Eide (2007). Gjennom lovverket skal pasientenes autonomi og integritet være beskyttet. Spørsmålet er om hvorvidt vi er gode nok til dette i praksis. Jeg tror det er viktig å skille mellom hva vi kan gi pasienten og det pårørende kan gi. Hvis sykepleieren tar innover seg den annens smerte, lidelse og redsel i full tyngde, kan resultatet bli utbrenthet. Rollen bør være profesjonell og at det er et skille mellom jobb og fritid. Det er krevende å gi av seg selv, bruke seg selv terapeutisk som Travelbee sier det, og man må ”hente” seg inn igjen.(Travelbee 1999). Sorgen og angsten tilhører den døende og de pårørende. Vi kan være deltagende, men må skille mellom å delta og ta over.

Pasientens beslutninger vedrørende behandling og avgjørelser skal stå sentralt også ved livets slutt, men lar seg ikke alltid gjennomføre. Det kan være at pasienten lider av forvirring, demens eller er bevisstløs slik at informert samtykke ikke er mulig. Da blir utfordringen å finne ut hva pasienten selv hadde ønsket i den foreliggende situasjon. Ved å innhente opplysninger fra lege, pårørende og andre som pleier pasienten kan det komme fram opplysninger som gir grunnlag for videre behandling eller avbrytelse av livsforlengende behandling. Ovenfor døende og gamle pasienter bør man om mulig diskutere og dokumentere spørsmål angående behandling mens de ennå er i stand til det.( Husebø, B.J., Husebø. S. 2005).

Når pasienten er døende og det blir vanskelig å kommunisere og tolke de kroppslige signalene må sykepleieren utvikle en *vikarierende* autonomi. (Jfr.4.6). Det innebærer å hjelpe etter beste skjønn og slik som sykepleieren antar at pasienten ville ha ønsket det selv. Pasientens integritet skal ikke krenkes. Derfor er det sykepleierens ansvar å være pasientens talsmann når kommunikasjonen blir vanskelig og kanskje faller bort. (Blix, S. E og Breivik, S. 2006:56).

### **Medikamentell behandling og sykepleiefaglige tiltak i forhold til angst og lindring hos døende**

Åndenød (dyspnoe) inntreffer ofte i livets slutfase, spesielt hos kreft og KOLS pasienter, dette på grunn av opphoping av vann og slim (ødemer) på lunger og i luftveier. Det er spesielt viktig å gi medikamentell behandling som virker vanndrivende (F.eks Furix). Hvis ikke pasienten får rett behandling kan han oppleve å bli kvalt i den siste fasen. Dette er særlig angstfremkallende for pasient, pårørende og pleiepersonell. Sykepleierens rolle blir å passe på at pasienten ikke blir forlatt alene da trygghet virker angstdempende. Ved å måle oksygeninnholdet i blodet får sykepleieren vite om opptaket av oksygen fungerer tilfredsstillende i lungene. Ved for lavt innhold gis oksygentilførsel.

Redsel for smerter kan skape angst. Morfin er det mest effektive smertelindrende medikament. Bruk av morfin kan føre til respirasjonsstans og sykepleieren må være spesielt oppmerksom på respirasjonen. Ved riktig dosejustering, tilpasset den enkelte pasient, vil ikke bruk av morfin føre til at døden kommer tidligere i følge Husebø og Klaschik. Obstipasjon og brekninger er også bivirkninger som sykepleieren må følge med og sørge for at det blir gitt lakserende midler og kvalmestillende medikamenter.

*Benzodiazepiner* er mest effektivt ved angst, uro og søvnforstyrrelser. Velkjente forsiktighetsregler for disse medikamentene som toleranseutvikling, doseeskalering og avhengighet er vanligvis ikke relevant for palliative pasienter med kort forventet levetid. Benzodiazepiner brukt mot angst gir økt sedasjon som kan føre til negativ livskvalitet hos den døende. Det kan være en balansegang mellom å finne ønsket dose for å dempe angst og unngå at pasienten blir for sedert. Sykepleieren må være klar over at bivirkninger som



desorientering, nedsatt hukommelse, svekket læringsfunksjon og koordinering kan forekomme og symptomene ved angst kan forveksles/forsterkes. Det kan være vanskelig å skille mellom hva som er hva. Brukt over lang tid er det vanlig med abstinensreaksjoner. Ved seponering opptrer ofte søvnløshet, angst, uro irritabilitet og sanseforstyrrelser som kan være vanskelig å skille fra dødsangst og eksistensiell angst. Haldol benyttes ofte da det har både smerte- kvalmestillende og beroligende effekt. (Husebø og Klaschik 1998:273-279).

Hovedbudskapet er at lindring av plagsomme symptomer står sentralt i behandlingen av døende. Noen få, men viktige medikamenter må være tilgjengelige for den døende når behovet oppstår. Det må være fagfolk tilgjengelige som kan iverksette tiltak ved administrasjon. Sykepleieren må fortløpende formidle sine observasjoner til legen, som står for den medikamentelle forordningen. Ønsket effekt og uønskede bivirkninger må nøye følges opp. Dette for å sikre at tiltak blir iverksatt tidsnok slik at pasienten blir best mulig lindret. (Hofacker, Paulsen, Rosland 2006).

Kaasa hevder at angst og depresjon er vanlige reaksjoner knyttet til sykdommen og det å skulle forlate livet. Han sier det er viktig å se nærmere på hva som ikke er tilstrekkelig bearbeidet på det psykiske planet før det igangsettes medikamentell behandling. Den rent medisinske behandlingen fungerer bedre også hvis pasienten får hjelp til sine eksistensielle problemer og behov. (Kaasa 2008: 418-419).

Ved panikkanfall er langsom injeksjon av diazepam 5-10 mg indisert. Svær uro, delirium, angst eller panikkangst er de hyppigste årsakene til at lindrende sedering blir iverksatt. (Kaasa 2008: 542-543).

Når det gjelder sykepleiefaglige tiltak tenker jeg at god sykepleie for Per burde innebære at sykepleieren viste omsorg for Per og at han fikk assistanse når han trengte hjelp. Han måtte få treffe egne avgjørelser, hvis det ikke hadde negative konsekvenser. Sykepleieren skulle vært lydhør for Per når han uttrykte at han ikke ønsket å være alene fordi angsten ble forsterket da. Dette burde sykepleieren tatt konsekvensen av og formidlet videre opp i systemet slik at det hadde blitt iverksatt tiltak som for eksempel fastvakt. I tilfellet med Per var det ikke bra at ektefellen skulle bli overlatt ansvaret. Hun ble usikker og redd selv og dette generaliserte angst hos Per. Sykepleieren burde etterstrebe å opprettholde tilliten hos Per slik at han ikke mistet håpet om å bli respektfullt og omsorgsfullt ivaretatt. Sykepleieren burde vært tilstede hos Per og vist en moden og rolig personlighet som setter i gang nødvendige tiltak for å lindre angst. I den fasen som Per var kommet i syns jeg, faglig vurdert, at man ikke kunne forvente at Per skulle kunne ta ansvar for sine handlinger. Til det var angsten og kvelningsfornemmelsene for sterke. (Jfr. 4.6).

Sykepleieren bør sørge for at noen er tilstede til panikkanfallet er kupert og pasienten har funnet tilbake til sin mestringsevne. Dette skal balanseres opp til kravet om ivaretagelse av de andre pasientene også. Forsøk på å bagatellisere og "trøste" bør unngås av sykepleieren da dette vil oppfattes støtende og sårende av pasienten. (Kaasa 2008:544-545).

Per hadde nok med å bekjempe angsten og konsentrere seg om respirasjonen, derfor ble det for meg veldig viktig å observere hans kroppslige språk og uttrykk for å kunne danne et bilde av hvordan han hadde det. Jeg observerte ansiktstrekkene, og om han var rolig eller om det var rykninger eller skjelvninger i kroppen, likeså om huden var klam og om huden hadde normal farge. Respirasjonsfrekvensen talte jeg ved å se på når brystkassen beveget seg opp og ned. Slik kunne jeg prøve å finne ut hvordan han hadde det akkurat der og da i forhold til angsten uten å stresse han opp ytterligere. Jeg oppdaget fort at her var det ikke rom for lange

samtaler, det ble for utmattende. Derimot fant jeg ut at korte setninger gikk greit for Per å forstå og fortolke. Det som var mest effektivt var å være tilstede, bare være der. Det var ikke nødvendig å si så mye. Per ble roligere når jeg holdt han i hånden eller tok et godt tak rundt skulderen hans når panikkangsten kom.

### **Eksistensiell angst i livets siste fase**

Mange mennesker tror fast på et liv etter døden. Mens andre er opptatt av spørsmål som for eksempel: Hvem er jeg? Hvorfor lever jeg? Hva er det som gjør livet så viktig? Hvem venter fortsatt på å bli forsonet med meg? Finnes det en gud for meg?

I vanskelige livssituasjoner hvor sykdom får en dødelig utgang betyr denne erkjennelsen større ensomhet og avmektighet. Meningen med livet og adskillelsen kan få en stadig større plass i tankene. (Travelbee 1999).

Religion og tankene på menneskelig eksistens kan få en spesiell plass ved livets slutt. Ofte strekker ikke tiden til for sykepleieren til å ta seg av de sjelelige konfliktene hos pasientene. Mange ønsker og trenger kontakt med en sjelesørger av religiøs art når døden nærmer. Ikke sjelden gjelder dette også for mennesker som tidligere har levd uten religionstilhørighet. Dette behovet må ikke føre til at man prøver å omvende noen. Det er den døende selv som skal ytre ønske om på forsoning med sin Gud. Hvis vi som fagfolk kommer til kort i eksistensielle spørsmål har vi ansvar for å formidle kontakt med for eksempel psykolog eller sjelesørger. (Husebø, S. Klaschik, E.1998:287-291).

### **Hensikten med å finne ut hvor pasienten befinner seg i dødsprosessen**

Hva er sykepleierens oppgave i forhold til sorgarbeidet i dødsprosessen? (Jfr. 5.0). For å forstå pasientens reaksjoner er det viktig at sykepleieren finner ut hvor pasienten er i denne prosessen. Når det gjelder affektive symptomer er det angst og depresjoner som står fremst. Hos den døende kan sorg og sorgarbeid ta stor plass som innvirker på livskvaliteten. Sorgen kan føre til nedsatt persepsjon og føre til kommunikasjonsproblemer og dermed hindre at informasjon blir riktig tolket og mottatt. Er det nødvendig å gi sorgen fritt utløp? Kan ikke sykepleieren hjelpe pasienten til å glemme og fortrenge slik at pasienten blir i godt humør igjen? Sykepleieren må huske på at sorg og glede hører uløselig sammen i livet. Sorg skal beskytte mennesket og en undertrykking eller usynliggjøring er ikke hensiktsmessig i forhold til sorgprosessen. Det kan føre til at pasienten blir "hengende" fast og ikke kommer videre. Ved at sykepleieren hjelper pasienten til å forholde seg åpen til sin sorg og angst kan man bidra til at pasienten aksepterer at han skal dø.

For at sykepleieren skal hjelpe pasienten i sorgarbeidet kan det være nyttig å kjenne til pasientens tidligere erfaringer når det gjelder livskriser. Det viser seg at tidligere mestringsstrategier ofte gjentar seg. Når sykepleieren kjenner til livshistorien er det lettere å komme i kontakt med pasienten og åpne opp for samtale som kan være forløsende. Jeg tror at da kan angst og utrygghet få et "ansikt" og bli lettere å forholde seg til. (Husebø og Klaschik 1999:255-260).

Når man er uheldelig syk, og har begrenset levetid, må man ta avskjed fra de som står en nær og de ting vi er opptatt av i livet. Opplevelse av tap vekker erindringer likeså det man har lykkes med, samt hendelser som har satt spor på godt og vondt.

Ofte kan det bli for mye for pasienter og pårørende å håndtere. Sykepleieren må møte pasienten og pårørende med forståelse og tillit, ikke bare faglig kunnskap men også sympati og empati. (Travelbee 1999).

I bestemte situasjoner på slutten av livet har nesten alle mennesker behov for å snakke om angst, stille spørsmål som berører situasjonen eller livet. Uoppgjorte hendelser i mellommenneskelige forhold kan også være en bekymring som gir stress. I følge Kaasa har konfliktene ofte vart i flere år og de involverte er ”vant” til dem og sykepleieren bør ikke ta på seg rollen for å løse dem. Slike konflikter kan også skape strid blant personalet og bør løses utenfra med profesjonell hjelp. ( Kaasa 2008:544).

Per hadde vært igjennom alle stadiene i dødsprosessen (Jfr. 5.0) da jeg traff han som pasient. Kari fortalte meg at de hadde en fortrolighet og tillitt i forholdet, som gjorde at de klarte å snakke sammen ettersom sykdommen utviklet seg. De hadde ordnet det praktiske seg imellom, og var klar for å møte det som måtte komme i god tro på at de var i trygge hender på sykehuset. Hun sa at de begge hadde akseptert at han kom til å dø, men at de hadde håp om at slutten skulle bli verdig og at han fikk den omsorgen og tryggheten han trenger.

For en alvorlig syk eller døende pasient kan bare det at sykepleieren er lyttende og viser nærhet, basert på omsorg og empati, gi håp for morgendagen og det som skal komme. Håpet kan dreie seg om at pasienten vet at han får hjelp til lindring og ikke blir overlatt til seg selv med sine tanker og frykt. ( Eide & Eide 2007:56).

Sykdommen til Per var kommet i en fase der håpet om å få leve var borte, men håpet hadde forandret karakter fra diagnosen ble stilt. Kona fortalte at i begynnelsen håpet Per på at det var gjort en feil og han fortrenget sannheten. Etter hvert, når han måtte innse sannheten, håpet han på at han kunne behandles kurativt. Senere ble håpet knyttet til det å få leve lengst mulig med sykdommen. Han håpet at legene tok feil når han spurte etter hvor lang tid de trodde han hadde igjen å leve. Da han måtte innse at han ikke hadde lenge igjen å leve, ble håpet flyttet til å ha det bra sammen med kona og gjøre ting sammen som de satte pris på. (Jfr.5.0).

Per håpet på at han skulle bli godt ivaretatt på sykehuset og få den omsorgen og hjelpen han trengte. Han var spesielt redd for at det kunne ende med at han kvaltes, og håpet på at det ikke ble den endelige utgangen. (Jfr.2.0).

Jeg tror at de fleste mennesker er redde for å oppleve en smertefull død og at håpet er der hele tiden om at døden blir mest mulig smerte- og angstfri.

Travelbee sier om håpet at det er en mental tilstand som beskrives med et ønske om å nå fram til eller oppnå et mål som er blandet med en viss grad av forventning om at ønsket ligger innenfor det oppnåelige. Hun mener at det å hjelpe til å formidle håp og bidra til at pasienten opplever håp er en viktig funksjon for sykepleieren. Jeg må som sykepleier være tilgjengelig og innta en lyttende holdning, samt å være villig til å kommunisere med pasienten. (Travelbee 1999).

Det synes for meg at håpet om at noen var der for å hjelpe og skape trygghet, skulle være den motiverende faktoren som kunne bidra til å hjelpe Per å mestre angsten og lidelsen.

## **7.0 Avslutning**

Jeg vil avslutte med å oppsummere det som jeg synes å ha funnet ut gjennom teori og praksis:

Når et menneske ligger for døden får vi som hjelpere kjenne på vår egen angst, vi innser at vi ikke er udødelige. Sykepleieren bør være trygg på sine egne reaksjoner i forhold til døden, dermed generaliseres ikke vår egen angst over på pasienten.

Det er viktig at sykepleieren har tid og ekte engasjement. I møte med angstfylte døende pasienter må sykepleieren være seg bevisst på det mellommenneskelige aspektet. Betydningen av gode relasjoner og kommunikasjon er essensielt i den lindrende behandlingen. Sykepleieren må være klar over at bare tilstedeværelse, en hånd å holde i, som gir trygghet kan lindre og dempe angst. Dette kan i enkelte situasjoner være like effektivt som medikamentell behandling.

## 8.0 Litteraturliste

- Almås, Hallbjørg (red); *Klinisk sykepleie*. Bind 1. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Berge, T og Repål, A. (1997) *Trange rom og åpne plasser*. Otta: Tano Aschehoug (7 sider)
- Blix, S. E og Breivik, S (2006) *Basisbok i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget vigmostad og Bjørke
- Brinchmann, B. S (2005) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag
- Eide, H og Eide, T (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Hofacker, Paulsen, Rosland (2006;126:467-70). *Den døende pasient*.  
[http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=1340424](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1340424) [01.september 2011]. (4 sider)
- Holgernes, B. (2004) *Angst i eksistensfilosofiskbelysning*. Kristiansand: Høyskoleforlaget ( 24 sider)
- Hummelvoll, J.K. (1992) *Helt ikke stykkevis og delt*. Ad Notam Gyldendal AS
- Husebø, B.J., Husebø. S. (2005;125:1352-4). *Sykehjemmene som arena for terminal omsorg- hvordan gjør vi det i praksis?* <http://www.tidsskriftet.no>[01.september 2011]. (3 sider)
- Husebø, S. Klaschik, E. (1998) *Palliativ medisin - omsorg ved livets slutt*. Bergen: Eide Forlag (16 sider)
- Kaasa, S. (2008) *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (7 sider)
- Kringlen, E. (2005) *Psykatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kübler-Ross, E. (1995) *Døden og den døende*. Oslo: Gyldendal, 6 utg. 1995 (95 sider)
- Norsk sykepleie Forbunds yrkesetiske retningslinjer (2001):  
<http://www.bblboligsenter.no/archive/229/17829/EtiskeRetningslinjerNSf.pdf>
- Slettebø, Å. (2003) *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2. utg. 2001 (1 side)
- Travelbee, Joyce.(1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget AS (233 sider)
- Tømmerbakk, Marit.Sykepleien 2007 95 (13):62-63 *Pleie ved livets slutt*.  
[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/utskriftsvennlig/?p\\_documento](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/utskriftsvennlig/?p_documento) [10.juni 2011]. (3 sider)