

SY180H 000

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

«Sykepleie ved livets slutt – hvordan ivareta pasientens eksistensielle behov?»

Frist for innlevering: 27. april 2012

Kandidatnummer: 275

Kull 09 H

Antall sider totalt: 29 (8631 ord)

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	1
1.3 Presisering og avgrensning	1
1.4 Oppgavens hensikt	2
1.5 Oppgavens oppbygging	2
2.0 Metode	3
2.1 Valg av metode	3
2.2 Søkehistorikk	3
2.3 Krav til litteraturen/kildekritikk	4
3.0 Teori	5
3.1 Innledning	5
3.2 Valg av sykepleieteori	5
3.2.1 Omsorgens tre sider	5
3.2.2 Samtalen	7
3.2.3 Oppsummering av Martinsens omsorgsfilosofi	8
3.3 Annen relevant teori	9
3.3.1 Eksistensielle behov	9
3.3.2 Døden	11
3.3.3 Presentasjon av vitenskapelige artikler	11
3.3.4 Oppsummering	13
4.0 Drøfting	14
4.1 Hvordan avdekke eksistensielle behov?	14
4.1.1 Fagforståelse	14
4.1.2 Kjennskap til egne eksistensielle behov	15
4.1.3 Relasjonell kompetanse	16
4.1.4 Sanselig nærvær	18
4.2 Hvordan ivareta eksistensielle behov?	19
4.2.1 Møte med døden	19
4.2.2 Samtaleparterten	19
4.2.3 Tilrettelegging for ivaretagelse av eksistensielle behov	20

4.2.4 Tverrfaglig samarbeid	21
5.0 Avslutning	22
6.0 Litteraturliste	23
6.1 Selvvalgt litteratur	25

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Til tross for at det i løpet av sykepleieutdanningen har vært fokus på betydningen av helhetlig pleie, har jeg i praksis opplevd at den eksistensielle dimensjonen ofte blir oversett. Sykepleierne jeg møtte i praksis snakket sjelden med pasientene om deres verdier, hva som gav dem håp og opplevelse av mening.

Selv forstod jeg ikke helt hvor stor betydning den eksistensielle dimensjonen kan ha for en pasients situasjon før jeg så det i praksis, noe følgende historie illustrerer:

I løpet av mine praktiske studier møtte jeg en svært syk pasient. Hun ønsket å holde senga, så lite og spiste minimalt. Hun var ofte i dårlig humør. Personalet på avdelingen gav uttrykk for at de oppfattet at hun hadde gitt opp.

Jeg utviklet en god relasjon til denne pasienten og en dag gav hun uttrykk for et sterkt ønske om få feire jul hjemme sammen med familien. Ønsket om samvær med familien representerte noe viktig og verdifullt for denne pasienten. I løpet av få dager så både jeg og personalet endringer i pasientens atferd. Hun ønsket å komme opp av senga, forsøkte å spise mer, pratet, spøkte og lo. Pasienten sa selv at ønsket og håpet om å få komme hjem til jul hadde gitt henne mer krefter, og hun følte seg mer optimistisk i forhold til sin situasjon. Hun hadde noe å se frem til og leve for.

Denne historien viser at ønsket om samvær med familien var viktig for denne pasienten og fikk stor betydning for utviklingen av hennes situasjon. Da behovet ikke ble avdekket tidlig, vil jeg si at denne pasientens eksistensielle behov ikke ble tilstrekkelig ivaretatt.

Jeg opplever at sykepleiere alt for sjelden snakker med pasienter om deres eksistensielle behov. I møte med pasienter i livets slutfase vil slike samtaler være svært viktig, da eksistensielle behov ofte forsterkes i møte med nær forestående død (Blix og Breivik 2006). Eksistensielle behov er en del av menneskets identitet og må derfor ivaretas for at pasienten skal få leve som seg selv helt til han dør. For pasienter i livets siste fase kan ivaretagelse av eksistensielle behov være en kilde til håp, trøst og økt livskvalitet. Ved å ivareta slike behov kan sykepleieren hjelpe pasienten til å oppleve døden som trygg og god.

1.2 Problemstilling

Jeg har utarbeidet følgende problemstilling:

Sykepleie ved livets slutt – hvordan ivareta pasientens eksistensielle behov?

1.3 Presisering og avgrensning

Med begrepet *eksistensielle behov* mener jeg det pasienten opplever som viktig og betydningsfullt,

den enkeltes verdier, som er en kilde til håp og mening. Slike verdier kan være religion, god helse eller omsorg, fellesskap og kjærlighet (Kristoffersen mfl. 2011). Jeg kommer ikke til å utdype ulike religioner/trossamfunn i denne oppgaven, men tar likevel ikke avstand fra religion og tro som et eksistensielt behov.

Med begrepet *livets slutt* mener jeg at pasienten er i en fase hvor sykdommen kan føre til døden. Jeg tar utgangspunkt i at fysiologiske tegn på at pasienten er døende ikke har dukket opp. Slike tegn kan være overflattisk respirasjon, synlig nedsatt blodsirkulasjon og opphør av urinproduksjonen. I denne fasen vil ikke kurativ behandling være en prioritet. Det er vanskelig å sette en eksakt tidsgrense for denne fasen, da den kan vare i dager, uker eller måneder.

Antall dødsfall ved norske sykehjem øker. I dag skjer over 44 % av alle dødsfall i Norge ved sykehjem (Statistisk sentralbyrå 2011). I møte med døden kan mange oppleve at deres eksistensielle behov forsterkes, til tross for dette blir eksistensielle behov ofte nedprioritert ved norske sykehjem (Førde mfl. 2006). Da svært mange dør på sykehjem, har jeg valgt å avgrense oppgaven til å omhandle eldre i sykehjem og livets slutt.

Jeg kommer ikke til å skrive om diagnose, men tar utgangspunkt i at pasienten ikke har kognitiv svikt, da dette vil kreve en annen tilnærming. Sykepleieren må kommunisere på en annen måte i møte med denne pasientgruppen og jeg ønsker ikke å fokusere på slik tilrettelegging av kommunikasjon. I oppgaven ønsker jeg å fokusere på pasientens behov og hvordan sykepleier kan møte disse, og har derfor utelatt pårørende.

I oppgaveteksten vil jeg bruke hun om sykepleier og han om pasient.

1.4 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å øke fokuset på eksistensielle behov. Jeg ønsker å få økt kunnskap om hvordan sykepleier kan ivareta eksistensielle behov hos eldre i sykehjem.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av innledning, metode, teori, drøfting og avslutning. Innledningsvis presenterer jeg tema og problemstilling, presiseringer, avgrensninger og hensikt med oppgaven. I metoddelen beskriver jeg kort litteraturstudie som metode. Videre skriver jeg kort om søkehistorikk og krav til litteratur, og avslutter dette kapitlet med kildekritikk. I teoridelen vil jeg ta for meg Kari Martinsens omsorgsfilosofi og teori rundt tema eksistensielle behov og livets slutt. Jeg skal også presentere de vitenskapelige artiklene jeg har valgt å bruke i oppgaven. I drøftingsdelen har jeg valgt å dele kapitlet i to hoveddeler. I del en skal jeg drøfte hvordan sykepleieren avdekker eksistensielle behov og i del to hvordan sykepleieren ivaretar behovene. Avslutningsvis oppsummerer jeg oppgavens hovedpunkter.

2.0 Metode

I følgende kapittel vil jeg beskrive metoden jeg har valgt å bruke for å samle inn data med relevans for problemstillingen min. Jeg skal også kort presentere søkehistorikk og hvilke krav jeg har satt til litteraturen jeg ønsker å ta med i oppgaven.

2.1 Valg av metode

Metode er et verktøy for å samle inn data som skal analyseres og tolkes. Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode for å samle inn data til min bacheloroppgave.

I en litteraturstudie studerer man i hovedsak litteratur hvor virkeligheten (empirien) er undersøkt og skrevet om, men man kan også bruke teoretiske artikler. Med en litteraturstudie skaper man altså ikke ny kunnskap, men bruker den kunnskapen som allerede eksisterer (Støren 2010).

For å samle inn data har jeg søkt i ulike databaser, gjennomgått artikler med relevans for problemstillingen min og vurdert disse kritisk.

2.2 Søkehistorikk

Jeg har brukt BIBSYS for å finne relevant faglitteratur. BIBSYS er en database for universitets- og høyskolebibliotek. Databasen inneholder katalog med bøker, tidsskrifter, forskningsdokumentasjon og åpent publiseringsarkiv, samt utlånesystemet til biblioteket. Aktuell pensumlitteratur er også tatt med i oppgaven. For tips til relevante bøker og artikler, har jeg sjekket referanselistene i flere av bøkene jeg fant.

For å finne forskningsartikler med relevans for problemstillingen min har jeg brukt flere databaser, disse er ProQuest, Ovid Nursing, PubMed og SveMed+. Jeg har også søkt i tidsskriftet Sykepleien Forskning.

Jeg har brukt søkeordene *eksistensielle behov, eksistensiell omsorg, livets slutt, kommunikasjon, åndelig omsorg, spiritual care, end of life, nursing, spiritual care, relation, hope og meaning*. Jeg har brukt ordene alene og i ulike kombinasjoner med hverandre.

Jeg fikk flere treff når jeg søkte, men det var mange av artiklene som ikke var relevant for problemstillingen. Noen av artiklene hadde bare avsnitt som kanskje kunne brukes og jeg valgte å ikke ta med disse. Jeg fant to artikler som var relevant for problemstillingen min og vil presentere disse nærmere i teoridelen. Den ene artikkelen fant jeg på ProQuest. Denne databasen inneholder artikler i fulltekst fra et stort utvalg tidsskrift innen helse og medisin. Den andre artikkelen jeg har valgt å bruke fant jeg på Sykepleien Forskning, som er et norsk vitenskapelig tidsskrift.

2.3 Krav til litteraturen/kildekritikk

For å oppnå en mer sykepleiefaglig vinkling på oppgaven, har jeg forholdsvis brukt bøker skrevet til sykepleiere og forskning utført av sykepleiere. Jeg har også vurdert litteraturens relevans for min problemstilling.

Vitenskapelige artikler skal presentere ny kunnskap (Støren 2010). For å sørge for at litteraturen jeg bruker er mest mulig oppdatert, vil jeg ikke bruke artikler skrevet før 2002. Jeg har forsøkt å stille samme krav til bøkene jeg har brukt. Unntaket fra dette kravet er bøkene til Kari Martinsen (1993 og 2000) og Leenderts (1997). Jeg har forsøkt å forholde meg til primærkilder, da sekundærkilder vil være preget av andres tolkninger. Forskningsartiklene jeg har brukt er skrevet av anerkjente forfattere og er presentert i vitenskapelige tidsskrift hvor de vurderes av fagfeller før de blir utgitt.

3.0 Teori

3.1 Innledning

I dette kapittelet ønsker jeg å presentere teori med relevans for problemstillingen min. Jeg har tatt utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgsfilosofi og knyttet den opp mot eldre i livets siste fase og eksistensielle behov. Videre tar jeg for meg begrepet eksistensielle behov og hvilken betydning ivaretagelse av slike behov kan ha for en pasients situasjon. Jeg har også tatt med et avsnitt som omhandler eldre i sykehjem. Jeg har brukt flere undersøkelser til å belyse situasjonen på sykehjem i forhold til helhetlig pleie og ivaretagelse av eksistensielle behov. Videre har jeg skrevet om Eldres forhold til døden. Til slutt vil jeg kort presentere de vitenskapelige artikler som jeg har valgt å bruke i oppgaven.

3.2 Valg av sykepleieteori

Jeg har valgt å bruke Kari Martinsens omsorgsfilosofi i denne oppgaven, da jeg mener hennes teori faller best sammen med min problemstilling. Hun tar avstand fra begrepet egenomsorg da ikke alle pasientgrupper vil ha mulighet til forbedring, slik som eldre ved livets slutt.

Martinsen skriver om relasjoner, samtale og om å være sanselig åpen slik at sykepleieren kan få et helhetlig bilde av pasienten. For Martinsen er det viktig at sykepleieren er oppmerksom og engasjerer seg i pasientens situasjon. Alt dette er vesentlig for sykepleieren når hun skal ivareta pasientens eksistensielle behov.

3.2.1 Omsorgens tre sider

I boken *Omsorg, sykepleie og medisin* (2003) beskriver Martinsen tre sider/særtrekk ved omsorg, disse betegnes som den relasjonelle, praktiske og moralske siden. Begrepene henger sammen, men jeg har likevel valgt å beskrive dem kort hver for seg.

Omsorgens relasjonelle side

Omsorg handler om å stå andre nær og leve seg inn i deres situasjon. Martinsen (2003) vektlegger i sin omsorgsfilosofi relasjoner og det menneskelige fellesskapet, hvor avhengighet er grunnleggende. Eldre i livets siste fase vil ofte være avhengige av mye hjelp. For å kunne gi pasienten best mulig pleie ved livets slutt, trenger sykepleieren et helhetlig inntrykk av han. Eksistensielle behov er for mange et privat område som de ikke ønsker å dele med «hvem som helst». Gode relasjoner vil derfor være nøkkelen for å få pasienten til å åpne seg og dele sine eksistensielle behov.

For å ivareta pasientens behov for helhetlig pleie må sykepleieren se med hjertets øye, dette vil si å

se deltakende og oppmerksomt slik at den andre trer frem som betydningsfull (Martinsen 2000). Hjertets øye ser pasienten som et helt menneske og ikke som en sykdom/diagnose, og legger tilrette for at pasienten skal få være til som seg selv.

«Hver enkelt pasient skal hjelpes til å bli den han er der han er, til verken å kassere seg selv eller den verden han må utfolde sitt liv i.» (Martinsen 2000:27)

Pasienter i livets siste fase har rett til å leve, som seg selv, helt til de dør. Den eksistensielle dimensjonen er en del av menneskets identitet og må derfor ivaretas for at pasienten skal få være til som den han er.

For å få en best mulig forståelse av den andres situasjon må sykepleieren være sanselig åpen og fantasifull, slik vil hun få et helhetlig inntrykk av situasjonen (Martinsen 1993). Eksistensielle behov kan være vanskelige å oppfatte. Sykepleieren må derfor bruke sine sanser til å oppfatte uttrykk for eksistensielle behov gjennom pasientens ord og kroppsspråk. Det inntrykket man får av den andre må uttrykkes og ikke tolkes (ibid). Med dette menes at sykepleieren må samtale med pasienten om sine observasjoner og ikke anta at hun har forstått rett.

Omsorgens praktiske side

Til omsorgsbegrepet ligger mer enn å synes synd på, det handler om å gjøre noe for den andre. Sykepleieren må ut fra sin forståelse av hva som vil være best for pasienten, utføre nødvendige handlinger som ivaretar hans behov for helhetlig pleie. Et annet særtrekk ved omsorg er at den gis betingelsesløst, altså uten å forvente noe tilbake (Martinsen 2003).

Det eksistensielle angår hele mennesket og kan omfatte både fysiske, psykiske og sosiale behov (Lie 2002). Dusj eller kroppsvask kan gi pasienten noe av sin fysiske verdighet tilbake og kan være en viktig del av den eksistensielle omsorgen (Blix og Breivik 2006). Martinsen (2003) sier at sykepleier må bruke sine fagkunnskaper til å utføre handlinger som ivaretar den andre. Ved å bruke enkle redskaper, slik som vaskekluten og skjeen, kan sykepleier skape en trygg og kjent situasjon som anerkjenner den andre. Slike situasjoner bidrar til utvikling av gode relasjoner, og kroppsspleie kan derfor ofte være en døråpner til kunnskap om pasientens eksistensielle behov.

Omsorgens moralske side

Omsorgsmoral innebærer å handle ut fra prinsippet om ansvar for svake, og må læres gjennom praksis. Sykepleieren må vise engasjement og handle ut fra solidaritet, med dette menes at hun må kunne identifisere seg med den svake. Handlingene man utfører skal gi den svake mulighet til å leve livet så godt som mulig (ibid). Eldre mennesker krever ofte mindre enn yngre generasjoner, og kan unnlate å gi uttrykk for sine behov. De tilhører den svakeste pasientgruppen og har behov for mest hjelp. Sykepleieren må da engasjere seg i pasientens situasjon, slik at han kan få ivare tatt sine

eksistensielle behov og dermed oppnå øke livskvalitet.

Makt inngår i alle avhengighetsrelasjoner og må brukes på en forsvarlig måte (ibid). Eldre pasienter tilhører som tidligere nevnt den svakeste pasientgruppen og er dermed utsatt for maktmissbruk. Sykepleieren vil ha fagkunnskaper som pasienten ikke har og må bruke disse slik at de gagnar pasienten best mulig. I enkelte tilfeller innebærer dette å inkludere pasienten aktivt i beslutningsprosessen. Mens i andre tilfeller vil det være best å la pasienten slippe å ta stilling til kompliserte spørsmål, kanskje har han gitt uttrykk for et ønske om å slippe (Kristoffersen 2005).

Faglig skjønn utvikles gjennom samhandling med andre, hvor ferdigheter og holdninger utvikles (Martinsen 1993). For å unngå maktmissbruk må sykepleieren bruke faglig skjønn. Hun må vise ansvar for den svake og bruke sin faglige forståelse til å se, forstå og handle godt for den andre (ibid). Sykepleieren må vise solidaritet og engasjement, samt bruke sine sanser til å observere helheten. Omsorgen vil da ytes på pasientens premisser slik at overtramp og maktmissbruk unngås.

3.2.2 Samtalen

Samtalen kan være den viktigste delen av eksistensiell omsorg, jeg har derfor valgt å ta med Kari Martinsens teori om samtale. Martinsen (2005) vektlegger behovet for at samtalen preges av en treleddet relasjon. En treleddet relasjon består av meg, den andre og et spørsmål/problem som vi har felles. Vi er medsubjekter i forhold til samme sak, vi deltar og engasjeres i den andres vurderinger (ibid). Hvis samtalepartnerne ikke er gjensidig engasjert eller bryr seg om tema for samtalen, får vi en toleddet relasjon som er en måte å objektivisere den andre på (ibid). Vi er alle forskjellige og våre eksistensielle behov vil derfor variere, dette kan skape problemer for gjensidig engasjement i samtale med pasienter om deres behov. En sykepleier med kristen tro kan f.eks. oppleve det som problematisk å skulle engasjere seg i samtale om pasientens behov knyttet til islam.

« Vi vil noe med det vi sier med kroppen vår » (Martinsen 2005:35)

I samtale vil kroppen innstille seg etter det som blir sagt, og kan derfor avsløre våre reaksjoner. Kroppsspråket kan vise hva vi egentlig mener med det vi sier, eller avsløre hva vi mener om det den andre sier. Gjennom kroppsspråket kan sykepleieren uttrykke tilstedeværelse og engasjement, noe som er vesentlig for at pasienter skal ønske å åpne seg. Martinsen (2005) skriver også om språkets stemthet og tone. Hvordan vi sier det vi sier, vil påvirke samtalen og utviklingen av relasjonen. I samtale med pasienter om deres eksistensielle behov kan mye bli sagt gjennom kroppsspråk og stemmens klang. Pasienten kan f.eks. være nedtrykt, engstelig eller snakke sarkastisk/fleipete om Gud (Blix og Breivik 2006). Ved å være sanselig åpen kan sykepleieren oppfatte slike signalene og få mye viktig informasjon om pasienten.

For at pasienten skal ønske å åpne seg for sykepleier må hun gjennom kroppsspråk og tonefall vise

engasjement og oppmerksomhet. Slik vil pasienten få tillit til at sykepleier ønsker å ta del i hans situasjon.

3.2.3 Oppsummering av Martinsens omsorgsfilosofi

Martinsen (1989) oppsummerer de fundamentale kvalitetene ved omsorg i tre punkter:

1. Relasjoner er sentralt ved omsorg, med dette menes at omsorg handler om fellesskap og solidaritet (ibid). Sykepleieren må våge å stå andre nær og leve seg inn i deres situasjon. For å kunne ivareta eldre pasienters eksistensielle behov, vil gode relasjoner være nøkkelen til å få pasienten til å åpne seg og dele behovene. Gjennom handlinger kan sykepleier skape trygge situasjoner som øker tilliten og bedrer relasjonen.
2. Omsorg handler om å forstå den andre og se situasjonen ut fra hans synspunkt (ibid). Sykepleieren må være sanselig åpen slik at hun kan få et helhetlig inntrykk av pasienten. Hun må tilside sette seg selv og la pasienten være i fokus. For å kunne forstå den andre må sykepleieren uttrykke det inntrykket hun får av pasienten og ta initiativ til samtale. Sykepleieren må bruke faglig skjønn til å se, forstå og handle godt for pasienten.
3. Sykepleieren må anerkjenne den andre ut fra hans situasjon (ibid). Hun må se med hjertets øye og la den andre tre frem som betydningsfull. I samtale med pasienten må sykepleier engasjeres i den andres vurderinger og unngå å objektivisere den andre.

3.3 Annen relevant teori

3.3.1 Eksistensielle behov

I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal sykepleieren ivareta pasienters rett til helhetlig pleie (NSF 2011). Et holistisk menneskesyn, også kalt helhetslære, tar utgangspunkt i at mennesker ikke kan forklares ut fra delene. Pasienter er mer enn en sykdom/diagnose og må forstås som hele mennesker. En holistisk tilnærming til pasienter krever et jeg-du-forhold, hvor sykepleieren møter pasienten som et medmenneske og en likeverdig samarbeidspartner (Odland 2008). Å gi helhetlig pleie innebærer å se hele mennesket, og likestille den fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjonen.

«Det åndelige omfatter både det religiøse og det eksistensielle. Eksistensielle spørsmål behøver ikke ha tilknytning til religion, og dreier seg om hva som er særlig betydningsfullt og meningsfullt for den enkelte. For mange mennesker er dette religion.» (Blix og Breivik 2006:104)

Jeg har en oppfatning av at mange knytter begrepet eksistensielle behov kun til ulike religioner og trossamfunn, og jeg tror dette kan være en årsak til at mange opplever usikkerhet i møte med eksistensielle behov. Ut fra Blix og Breiviks definisjon ovenfor, ser man at eksistensielle behov ikke behøver å ha tilknytning til religion. Mennesker som ikke anser seg selv som religiøse eller tilhører av et trossamfunn/sekt har også eksistensielle behov som må ivaretas. Eksistensielle behov bør derfor defineres som det pasienten opplever som særlig betydningsfullt og meningsfullt, altså den enkeltes verdier. Slike verdier kan være alt fra samvær med familie, venner eller andre personer, kjærlighet og omsorg, tilgivelse, kunst og musikk, naturopplevelser eller religion. Det er viktig å huske på at vi alle er forskjellige, og våre verdier vil derfor variere fra person til person.

I følge Kristoffersen (2011) er verdier en kilde til håp og mening, og gjør livet verd å leve.

Pasienter i livets siste fase kan i likhet med pasienten i min historie gi uttrykk for å ha gitt opp. Ivaretakelse av eksistensielle behov kan i slike situasjoner bidra til at pasienten gjenvinner håpet og opplever livet som godt og meningsfullt. Slik kan pasienten mestre situasjonen best mulig og oppleve økt livskvalitet og livslyst. Ut fra dette oppfatter jeg eksistensielle behov som en ressurs i møte med sykdom og død.

I møte med sykdom og nær forestående død kan mange oppleve at eksistensielle behov blir mer fremtredende, og bør derfor være en prioritet i omsorg til eldre i livets siste fase. Selv om vi blir eldre vil behovet for å skape ny mening og håp fortsatt være til stede (Blix og Breivik 2006). Eldre mennesker trenger impulser og opplevelser, og deres eksistensielle behov bør derfor ikke overses.

Jeg opplever at eksistensielle og åndelige behov har liten plass i dagens samfunn, og blir ofte ansett

som noe privat som man unngår å snakke om. Usikkerhet rundt hvem som skal gi omsorgen eller mangel på selvtillit og kompetanse i forhold til tema, kan også være årsaker til at behovet ofte blir oversett (Yardley 2009). Et vanlig problem ved norske sykehjem er mangel på bemanning og høy pleietyngde. Dette resulterer i redusert tid til hver enkelt og dermed nedprioritering av de behov personalet/ledelsen mener er minst viktig. Kirkevold (2006) understreker at økt bemanning ikke nødvendigvis fører til økt kvalitet på pleien. Ambisjonsnivå spiller også en viktig rolle. Hvis ikke sykehjemmets ledelse og personalet har ambisjoner/mål om å ivareta eksistensielle behov, vil ikke økte ressurser bidra til endring.

Ivaretagelse av eksistensielle behov kan gi pasienter bedre livskvalitet ved livets slutt, og lar dem leve livet fullt ut. Pasienter skal leve som seg selv helt til de dør, eksistensiell omsorg bidrar til å oppnå dette. Eksistensiell omsorg innebærer å være oppmerksom og engasjere seg i pasientens eksistensielle behov (Blix og Breivik 2006). Sykepleieren må være tilstede i relasjonen og bruke sine kommunikasjonsferdigheter og sanser til å oppfatte pasientens uttrykk for eksistensielle behov. Uheldigvis er ikke helse- og omsorgstilbudet til eldre på sykehjem godt nok. Eksistensielle behov er blant de mange behov som nedprioriteres ved norske sykehjem, dette kommer frem i en rekke undersøkelser. Førde mfl. (2006) ønsket å avdekke om eldreomsorgen, hvor antallet syke og hjelpetrequende øker, får nok ressurser. Forfatterne benyttet seg av et spørreskjema, som de sendte til 2103 sykepleiere og leger innenfor kommune- og spesialisthelsetjenesten, 67 % svarte. I artikkelen kom det fram at tiltak som skal forbedre livskvaliteten til syke eldre er underprioritert og dårlig dokumentert ved norske sykehjem, eksistensiell omsorg er et slikt tiltak. Mangel på ressurser ved sykehjemmene kan resultere i at hovedsakelig fysiske behov blir prioritert først. Dette har jeg selv opplevd i løpet av mine praktiske studier på sykepleien. Følgene av en slik prioritering vil være mangel på helhetlig pleie og udekkede eksistensielle behov. Problemet er ikke av nyere dato og kommer også frem i rapporter fra 1998 og 2001 (ibid).

Rykkje (2010) sier at Eldres behov i slutfasen ikke ivaretas godt nok og at mange sykepleiere mangler den kunnskapen som trengs for å gi helhetlig pleie ved livets slutt.

NRK Forbrukerinspektørene og Fagforbundet helse og sosial (2012) har i en spørreundersøkelse avdekket kritikkverdige forhold ved norske sykehjem. Grunnleggende behov blir ikke tilstrekkelig ivaretatt og det blir fortalt om sykehjem hvor kun mat og stell prioriteres. I undersøkelsen uttaler helsearbeidere seg om situasjoner hvor det ikke er tid til å ivareta døende pasienters behov og hvorpå de overlates til seg selv.

3.3.2 Døden

I vårt samfunn er døden et tabubelagt emne, som mange har et unnvikende og angstfullt forhold til. Det at mange sier «gikk bort» og unnlater å bruke ordet død er et eksempel på dette.

Eldre tilhører den gruppen med høyest antall dødsfall. Til tross for dette er det lite forskning og fokus på Eldres forhold til døden (Daatland og Solem 2011).

Yngre personer i slutten av tenårene tenker lite på døden. De fokuserer heller på de utfordringene livet har å by på her og nå, som utdanning, jobb og familie. Etter hvert som vi Eldres blir døden mer nærværende og får en sentral plass i Eldres bevissthet (ibid). Eldre vil stadig påminnes at døden nærmer seg. Tap av helse, funksjoner og nære personer som ektefelle og venner er slike påminnelser. Vi skal alle dø og vissheten om dette kan bli mer synlig i de eldre år.

Selv om eldre tenker mye på døden tilhører de også gruppen over dem som er minst engstelig for døden. I følge Daatland og Solem (2011) er dødsangst mest utbredt i de yngre år. Eldre mennesker har levd et langt liv og vissheten om at de skal dø kommer derfor sjelden som et sjokk. De har hatt god tid til å forberede seg på at døden vil inntreffe til slutt. Noen kan oppleve døden som en lettelse. Selv om mange eldre lettere aksepterer at de skal dø, betyr ikke det at de ser frem til å dø (ibid). De fleste av oss ønsker å leve så lenge som mulig og oppleve mest mulig, også når vi blir gamle.

I følge Daatland og Solem (2011) er det også ulikheter i forhold til eldre og yngres engstelse knyttet til døden. Mens eldre som regel er engstelig for det som vil skje før døden, er yngre engstelse oftest knyttet til det å være død.

Mange eldre blir i møte med nær forestående død opptatt av fortiden og eksistensielle behov kan ofte ha tilknytning til en tidligere fase i livet. Engstelse i møte med døden skyldes ofte uløste konflikter og anger, eller en opplevelse av å ikke ha oppnådd alt man ønsket i livet (ibid).

3.3.3 Presentasjon av vitenskapelige artikler

Jeg har funnet 2 artikler som er relevant for min problemstilling og som jeg ønsker å bruke videre i oppgaven. I denne delen av oppgaven skal jeg kort presentere disse artiklene med forfatter, årstall, tittel, hensikt med studiet, metode, utvalg og hovedfunn.

Den første artikkelen jeg har brukt er skrevet av Yardley, S.J. mfl. (2009) og heter *Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements*.

Hensikten med denne studien var å beskrive hvilke forslag pasienter som var i en palliativ fase hadde til forbedring av helsepersonells opplæring i å gi åndelig/eksistensiell omsorg. Forskerne benyttet seg av intervju som metode. 20 av 41 spurte pasienter ved et hospits i England ønsket å delta i studien, dette utgjorde 13,8 % av pasientene ved hospisset (145 sammenlagt).

Undersøkelsen viser at pasienter forventer å få mulighet til å snakke om sine eksistensielle behov og ønsker at helsepersonell skal ta initiativ og spørre spørsmål. Pasienter synes det er bedre å ha mulighet til å nekte hjelp enn å ikke bli tilbudt det, og oppfordret helsepersonell til å øve på å stille spørsmål rundt eksistensielle behov. For pasientene i undersøkelsen var det ikke viktig at sykepleierne var «eksperter» i å gi eksistensiell omsorg, holdning og vilje til engasjement var mye viktigere enn de riktige ordene. Pasientene ønsket at sykepleieren skulle vise omsorg og interesse for den enkelte. Videre måtte sykepleieren vise evne til å gi av seg selv og møte pasientenes eksistensielle behov uten å dømme dem. Det kom frem at pasientene lett kunne se hvilke sykepleiere som var villig til å vise empati uten falskheter og var interessert i dem som person.

Den andre artikkelen jeg har brukt er skrevet av Sandvik, B.A. (2011) og heter *Mindfulness - det oppmerksomme nærvær*. Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleiere opplever fenomenet nærvær i sin sykepleieutøvelse samt hvordan trening på oppmerksomt nærvær kan påvirke kvaliteten på sykepleien. 6 sykepleiere fra to ulike avdelinger ved et universitetssykehus i Norge deltok i undersøkelsen. Deltakerne hadde lang yrkeserfaring og de fleste var ansatt ved en kreftavdeling. I første omgang gjennomgikk de et MBSR-program (mindfulness-based-stress-reduction) hvor de trente på oppmerksomt nærvær. Deretter ble sykepleierne intervjuet.

Trening i oppmerksomt nærvær påvirket sykepleiernes måte å se pasienter på. Konsentrasjonen økte og bidro til at sykepleierne oppfattet helheten i situasjonen, samt detaljer som gav viktig informasjon om pasienten. Oppmerksomt nærvær resulterte i at sykepleierne møtte den andre med ekthet, som bidro til tillit og en dypere kontakt. Sykepleierne ble mer bevisst på egne tanker og reaksjoner, slik at de kunne handle med økt ro og kontroll. Resultatet av økt ro og kontroll var at sykepleierne enklere kunne tilsidesette seg selv og la pasienten tre frem.

Artikkelen har tilknytning til Martinsens omsorgsfilosofi. Mindfulness kan forstås som å være sanselig åpen og se med hjertets øye. Pasienter ber sjelden om hjelp til ivaretagelse av eksistensielle behov på en direkte og tydelig måte. Som regel uttrykkes behovet gjennom indirekte signaler som omgivelser (bilder, symboler, lesestoff), atferd og kroppsspråk. (Leenderts 1997). Oppmerksomt nærvær hjelper sykepleieren til å bruke sine sanser og se viktige detaljer. Slik at hun kan oppfatte pasientens indirekte uttrykk.

3.3.4 Oppsummering

Jeg skal avslutte teorikapittelet med en kort oppsummering av teorien jeg har brukt utenom Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Eksistensielle behov dreier seg om det som er særlig betydningsfullt og meningsfullt, altså den enkeltes verdier, og behøver ikke ha tilknytning til religion. I møte med sykdom og nær forestående død kan mange oppleve at deres eksistensielle behov forsterkes. Eldre mennesker tenker mye på døden og er som regel minst engstelig for den, i motsetning til yngre mennesker. Dette betyr ikke at alle ser frem til å dø. Ivaretagelse av eksistensielle behov i møte med pasienter i livets siste fase kan være en kilde til økt livskvalitet og trøst. Pasientene kan oppleve at døden blir god, da de får leve som seg selv helt til livets slutt. Til tross for dette blir ivaretagelse av eksistensielle behov ofte nedprioritert ved norske sykehjem, noe som kommer frem i en rekke undersøkelser.

Studien av Yardley mfl. (2009) viser at pasienter ikke forventer at sykepleieren skal være ekspert på å ivareta eksistensielle behov eller at hun alltid skal ha de «riktige» ordene. Det pasientene ønsker er å bli møtt av en sykepleier som viser interesse, omsorg, engasjement, vilje til å gi av seg selv og ro/kontroll. Pasienter forventer at sykepleieren skal ta initiativ til å snakke om eksistensielle behov. Sykepleieren må observere pasientens indirekte signaler som uttrykker eksistensielle behov og ta initiativ til samtale. Det oppmerksomme nærvær kan hjelpe sykepleieren til å møte pasienter slik som pasientene i studien av Yardley mfl. (2009) ønsker. I følge Sandvik (2011) vil oppmerksomt nærvær hjelpe sykepleieren til å sette pasienten i fokus, se pasienten som en helhet og oppfatte viktige detaljer. Oppmerksomt nærvær bidrar til å møte den andre med ekthet og en opplevelse av økt ro og kontroll.

4.0 Drøfting

Jeg har valgt å dele følgende kapittel i to hoveddeler. I den første delen skal jeg drøfte hvordan sykepleier avdekker eksistensielle behov og i den andre delen hvordan sykepleier skal ivareta disse behovene.

4.1 Hvordan avdekke eksistensielle behov?

Mange eldre føler at de sendes på sykehjem for «oppbevaring» og er redde for å være en byrde for familien og personalet. Jeg har selv opplevd at eldre føler at de plager personalet med deres behov, og derfor ikke ønsker å gi uttrykk for hva de trenger. Slike tanker, sammen med at eksistensielle behov er et svært personlig tema, kan bidra til at pasienter unnlater å åpne opp for samtale om deres behov. Sykepleierens evne til å avdekke pasienters eksistensielle behov blir derfor en svært viktig del av sykepleierens ansvar knyttet til ivaretagelse av pasienters eksistensielle behov.

4.1.1 Fagforståelse

NRK Forbrukerinspektørene og Fagforbundet helse og sosial (2012) refererte i sin undersøkelse til et sykehjem hvor pasientene ble ivaretatt som en helhet og et annet hvor kun mat og stell ble prioritert. Årsakene til forskjellen kan være mange. Jeg tror personalets kompetanse kan være en årsak til at slike forskjeller oppstår mellom sykehjem.

På norske sykehjem ser man ofte at deler av personalgruppen består av ufaglærte, antallet vil variere. Mange ufaglærte vet kanskje ikke hvor stor betydning eksistensiell omsorg kan ha for pasientens situasjon. På sykepleieutdanningen har jeg lært at hvis man ikke vet hvorfor man skal gjøre noe, vil man heller ikke gjøre det. Mangel på kunnskap kan resultere i at man ikke vet hvordan man avdekker slike behov eller ivaretar dem. Det er ikke selvsagt at pasienter vil ønske å åpne seg opp for en sykepleier, kanskje er relasjonen best til en av de ufaglærte. Hele personalgruppen bør derfor ha kunnskaper knyttet til hvordan man avdekker og ivaretar eksistensielle behov. Sykepleieren har ansvar for å dele sine kunnskaper med resten av personalet. Undervisning og veiledning fra sykepleierens side, kan bidra til at også de ufaglærte kan avdekke og ivareta pasienters eksistensielle behov.

Ansvar for at pasienters eksistensielle behov ivaretas vil også ligge på sykehjemmets ledelse. I undersøkelsen av NRK og Fagforbundet (2012) kom det frem at ledelsen hadde bestemt at kun mat og stell skulle prioriteres på det ene sykehjemmet. Fra følgende forstår jeg at sykehjemmene hadde ulikt ambisjonsnivå, de hadde forskjellige målsetninger for pleien. For å oppnå økt kvalitet på pleien vil det i følge Kirkevold (2006) ikke være tilstrekkelig at ledelsen øker bemanningen, ambisjonsnivå/målsetninger må også endres. Hvis bemanningen øker men ikke ambisjonsnivået, vil

man ofte bare oppnå økt tid til pauser. Lederen må sørge for at personalet har forstått hva som forventes og må videre legge tilrette for at målene kan oppnås. Hvis deler av personalgruppen ikke vet hvordan man avdekker og ivaretar eksistensielle behov, må ledelsen sørge for at disse personene får den nødvendige kunnskapen.

For meg betyr yrkesstolthet at man ønsker å gjøre en god jobb som man kan være stolt av og som er et forbilde for andre. Hvis sykepleieren mangler yrkesstolthet kan det få konsekvenser for kvaliteten på pleien. Jeg tror resultatet kan bli at sykepleieren ikke bryr seg like mye som hun burde og derfor unnlater å se og ivareta pasienter som en helhet.

På den andre side tror jeg mange år i samme stilling kan resultere i at noen blir sliten og lei av jobben sin. Iveren og engasjementet for den enkelte pasiente kan avta. I en slik situasjon kan sykepleieren havne i en rutine hvor pasienten ses på som arbeid og ikke som et medmenneske med unike behov. Etter mange år i samme stilling vil sykepleieren ha opplevd en rekke dødsfall. Å være nær mennesker som skal dø kan oppleves som vanskelig for alle og over tid kan sykepleieren føle at hun ikke har mer å gi. Det kan oppleves som vanskelig å gjentatte ganger skulle engasjere seg fullstendig i den enkeltes situasjon og utvikle gode relasjoner når man vet at personen er nær døden.

4.1.2 Kjennskap til egne eksistensielle behov

Samtalen bør i følge Martinsen (2005) preges av en treleddet relasjon, med dette menes meg, den andre og et felles spørsmål/problem. Hvis samtalepartnerne ikke er gjensidig engasjert eller bryr seg om tema for samtalen, får vi en toleddet relasjon som er en måte å objektivisere den andre på. I arbeidet med å avdekke pasientens eksistensielle behov kan sykepleieren oppleve at hennes egne eksistensielle behov hindrer henne i å delta og engasjeres i den andres vurderinger. For en sykepleier med f.eks. kristen tro kan det oppleves som utfordrende å skulle engasjeres i samtale om pasientens behov knyttet til islam. Usikkerhet eller mangel på kompetanse kan også være årsak til at sykepleieren ikke klarer å imøtekomme pasienter i samtale om hva deres eksistensielle behov innebærer. Hvis slike situasjoner skulle oppstå må sykepleieren være *ærlig* og skaffe annen hjelp til pasienten, enten via kollegaer eller andre yrkesgrupper utenfor sykehjemmet, f.eks. prest. I følge Yardley (2009) har ikke pasienter problemer med usikkerhet og ønsker at sykepleier skal være ærlig og henvise videre.

Yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleieren skal skal yte hjelp uavhengig av alder, hudfarge, tro, kultur, sykdom, kjønn, nasjonalitet, seksuell legning, politisk oppfattning, etnisk bakgrunn eller sosial status (NSF 2011). Av dette forstår jeg at fokus for sykepleie skal være pasientens behov og ikke hvorvidt sykepleieren ønsker å ivareta disse. Sykepleierens tro/ikke tro bør derfor ikke være et hinder for å kunne gi eksistensiell omsorg. Noen pasienter ønsker å høre sykepleierens egne

tanker/meninger rundt tema (Yardley mfl. 2009). At sykepleieren har et avklart forhold til egne eksistensielle behov kan derfor ses på som en ressurs. Videre også ved at hun kan oppleve økt trygghet og dermed lettere gå inn i slike samtaler når pasienten åpner for det. Det er vesentlig at sykepleierens meninger blir etterspurt av pasienten, slik at hun ikke uønsket påvirker pasienten med egen tro/ikke tro. Studien gjort av Yardley mfl. (2009) viser at mange pasienter ikke forventer at sykepleier skal være ekspert i å gi eksistensiell omsorg. Hovedsakelig ønsker pasienter bare at noen lytter til deres behov. Ofte oppstår samtale om eksistensielle behov spontant og det kan oppleves som unaturlig å skulle gjenoppta samtalen en annen dag eller sammen med noen andre. Selv om sykepleieren er usikker på egen kompetanse, bør hun derfor gå inn i samtale om pasientens eksistensielle behov når han åpner opp for det og ikke unngå eller utsette samtalen.

4.1.3 Relasjonell kompetanse

Martinsen (2003) vektlegger relasjoner og det menneskelige fellesskapet. For at pasienten skal våge å åpne seg for sykepleieren med informasjon om hans eksistensielle behov, vil gode relasjoner ofte være nødvendig. Omsorg handler i følge Martinsen om å stå andre nær, man må delta i den andres lidelse og la den andre tre frem som betydningsfull. Fra dette forstår jeg at sykepleieren må vise *empati* i møte med pasienter i livets siste fase, da det i dette begrepet ligger å våge å være nær og leve seg inn i den andres situasjon (Lie 2002). Nærhet og innlevelsessevne hjelper sykepleier til å tilsidesette seg selv slik at pasientens situasjon, som en helhet, kommer i fokus. I arbeidet med å avdekke pasienters eksistensielle behov vil et slikt helhetsinntrykk være vesentlig.

Som tidligere nevnt kan møte med døden oppleves som vanskelig for alle parter. For sykepleieren kan det derfor oppleves som vanskelig og utfordrende å skulle være nær og leve seg inn i pasientens situasjon når han er i livets siste fase. Trening i oppmerksomt nærvær kan hjelpe sykepleieren til å møte slike vanskelige situasjoner med økt ro og kontroll (Sandvik 2011), slik at hun klarer å tilsidesette seg selv og egen utrygghet. Sykepleieren må våge å utfordre seg selv. Oppmerksomt nærvær kan ha en annen positiv effekt ved at sykepleieren lettere kan se den andre med en ekte følelse av vennlighet. Slik vil relasjonen preges av tillit og en dypere kontakt som lar sykepleier få bedre innsikt i pasientens behov (ibid).

For at sykepleier – pasient relasjonen ikke skal virke hard og umenneskelig er det vesentlig at sykepleieren viser medfølelse/empati for pasienten og hans situasjon. Likevel er det viktig at sykepleieren husker på at hun er den profesjonelle i situasjonen, og må derfor ha en balanse mellom nærhet og distanse. Man skal føle med pasienter, ikke som.

Det kan være krevende å avdekke pasienters eksistensielle behov, da de som regel uttrykkes gjennom indirekte signaler. Medfølelse alene vil derfor sjelden være tilstrekkelig for å avdekke pasienters eksistensielle behov. Til tross for gode intensjoner, kommer man ofte kort uten kunnskap.

Personlig og faglig *dyktighet* vil derfor være vesentlig for å avdekke eksistensielle behov. Empati og dyktighet er egenskaper som hører sammen. Da medfølelse uten dyktighet virker meningsløst, mens dyktighet uten medfølelse virker umenneskelig (Lie 2002).

Undersøkelser viser at pasienter forventer at sykepleieren skal ta initiativ til samtale om eksistensielle behov og ønsker at hun skal stille spørsmål. Sykepleieren må spørre pasienten om det hun har observert og ikke tolke observasjonen. I arbeidet med å avdekke pasientens eksistensielle behov kan det oppstå situasjoner hvor pasienten ikke ønsker å svare på spørsmålene og snakke med sykepleieren om hva hans eksistensielle behov innebærer. Til tross for at sykepleieren møter pasienten med gode holdninger og et ønske om å ivareta han som et helt menneske.

I en slik situasjon tror jeg det er viktig at sykepleieren ikke gir opp, men samtidig må hun ikke forsøke å presse informasjonen ut av pasienten. For noen pasienter er deres eksistensielle behov et svært privat område som de ikke ønsker å dele med så mange personer. Sykepleieren må derfor være tålmodig å gi pasienten tid til å bli bedre kjent med og trygg på henne, slik at pasienten vet at sykepleieren har hans beste i sine interesser. Sykepleieren kan tilrettelegge for utvikling av en god relasjon ved at få pleiere er inne hos den enkelte pasient. Hvis pasienten hver dag må forholde seg til en ny person kan det bli problematisk for han å skulle utvikle tillit og kontakt.

Samtale som gir innblikk i pasientens eksistensielle behov vil ofte oppstå spontant (Blix og Breivik 2006), gjerne i situasjoner hvor sykepleier er nær pasienten f.eks. ved kroppsstell. Sykepleieren må sørge for at pasienten opplever hennes handlinger som trygge og gode. Slik vil tilliten øke og relasjonen styrkes.

Innledningsvis ønsket jeg ikke å sette noen eksakt tidsgrense på begrepet livets slutt, men tok med at fasen kan være fra dager til flere måneder. I noen situasjoner vil man derfor oppleve at pasienten ikke har den tiden han trenger for å bli trygg nok på sykepleieren til at han ønsker å åpne seg. Pasientens nærmeste pårørende kan da være en nøkkel for å få innblikk i pasientens eksistensielle behov. Samtale med kone/mann/sønn/datter kan gi sykepleieren viktig informasjon om hva pasienten opplever som viktig og verdifullt. Det kan også være at pasienten heller ønsker å snakke med sine nærmeste om hans verdier og eksistensielle behov.

4.1.4 Sanselig nærvær

Kari Martinsen (1993) sier at sykepleieren må bruke alle sine sanser slik at hun kan få et helhetlig inntrykk av den andre og dermed mulighet til å forstå den andres situasjon. Mange pasienter har kanskje ikke et avklart forhold til sine eksistensielle behov og/eller er ikke vant til å snakke med andre om dem. Pasienter uttrykker derfor sjelden sine eksistensielle behov verbalt. Sykepleieren må bruke sine sanser til å oppfatte indirekte signaler som uttrykker eksistensielle behov. Slike signaler kan være omgivelser (lesestoff, bilder, symboler), atferd eller kroppsspråk (Leenderts 1997). Indirekte signaler kan være vanskelige å observere og sykepleieren må derfor vise *oppmerksomhet og engasjement* (Lie 2002). Oppmerksomt nærvær hjelper sykepleieren til å se pasienten som en helhet og gir mulighet til å observere viktige detaljer. Ved å være konsentrert i situasjonen kan sykepleieren vise pasienten at hun bryr seg og ønsker å ta del i hans situasjon. Sykepleieren må tilsidesette seg selv og fokusere på pasientens behov (Sandvik 2011).

Martinsen (2005) skriver om kroppsspråk og hvordan kroppen innstiller seg etter det som blir sagt. Gjennom kroppen avsløres ofte det vi egentlig mener, samt grad av engasjement og oppmerksomhet. Av dette forstår jeg at pasienten kan lese sykepleierens kroppsspråk og oppfatte om hun virkelig ønsker å ta del i hans situasjon. Ingen ønsker å åpne seg og dele personlig informasjon, slik som eksistensielle behov, med noen som ikke bryr seg. Sykepleieren må derfor være bevisst på signalene hun sender pasienten.

Tidligere i oppgaven har jeg nevnt undersøkelsen av NRK Forbrukerinspektørene og Fagforbundet helse og sosial, hvor det ble henvist til ulikheter mellom to sykehjem. Førde mfl. (2006) konkluderte i sin undersøkelse med at norske sykehjem får for lite ressurser. Man kan lett tenkte seg til at forskjellene kan skyldes ulike ressurser, men dette var ikke tilfeller. Jeg tror ulikt engasjement og oppmerksomhet vedrørende pasientenes behov for helhetlig pleie kan være deler av årsaken. Selv om man får ulikt pålegg fra ledelsen, kan man få til mye hvis man virkelig ønsker det.

4.2 Hvordan ivareta eksistensielle behov?

Sykepleierens ansvar vedrørende pasienters eksistensielle behov innebærer mer enn å avdekke behovene. Når man har kartlagt pasientens behov vil sykepleieren også ha et ansvar for å utføre nødvendige handlinger som bidrar til å ivareta hans eksistensielle behov.

4.2.1 Møte med pasienter i livets siste fase

I følge Daatland og Solem (2011) vil eldre ha et annet forhold til døden og er ofte mindre engstelige enn yngre. Eldre er ofte engstelig for det som vil skje før døden inntreffer, i motsetning til yngre hvor engstelsen ofte knyttes til det å være død. Forskjellen kan resultere i at yngre sykepleiere unnviker pasientens forsøk på samtale knyttet til døden. Utsagn som «Jeg skulle ønske jeg kunne dø snart» blir ofte pratet bort, uten at årsaken til utsagnet blir avklart (ibid). Møte med pasienter i livets siste fase kan oppleves som utfordrende for hvem som helst. Vissheten om at døden er nær forstående kan oppleves som skremmende og resultere i at sykepleieren blir engstelig i forhold til å inngå i relasjoner med pasienten. Jeg tror at slike følelser er mer vanlig hos unge og/eller nyutdannede sykepleiere. Noen har kanskje aldri opplevd å se noen dø. Slik engstelse kan resultere i at sykepleieren sender avventende signaler til pasienten slik at han blir usikker på henne. Sykepleieren kan også, kanskje ubevisst, avvise pasienten på bakgrunn av egen frykt. Pasientens tillit til sykepleieren vil da svekkes og relasjonen kan ødelegges. Sykepleieren må derfor være ærlig hvis hun ikke makter å stå i en slik situasjon.

I følge Martinsen (1993) vinner sykepleieren kunnskap gjennom praksis, hvor ferdigheter og holdninger innveves i teorien. Sykepleiestudenter vil i løpet av studiet lære hvordan man møter og ivaretar eksistensielle behov i teori, men man må også lære hvordan man utøver dette i praksis. Sykepleieren må derfor utfordre seg selv og våge å møte nye, utfordrende situasjoner. Erfarne sykepleiere vil ha flere opplevelser med å stå nær pasienter i livets siste fase, og har derfor et ansvar ovenfor de unge/nyutdannede. Den erfarne sykepleieren må motivere, veilede og hjelpe den unge/nyutdannede til å reflektere over situasjonen hun har stått i. Refleksjon er et viktig hjelpemiddel for utvikling av kunnskap og erfaring, og vil bidra til at sykepleieren neste gang kan møte lignende situasjoner med større ro og kontroll.

4.2.2 Samtalepartneren

Eldre i livets siste fase opplever ulike tap i form av tapt helse, utseende, funksjoner og familie/venner. Mange kan føle at de har mistet seg selv og at de er døde før dødsfallet har inntruffet. Sykepleieren skal hjelpe pasienten til å få en verdig avslutning på livet, hvor pasienten opplever at hans rett til å leve helt til han dør ivaretas. Pasienters eksistensielle behov kan ha forbindelse med en tidligere fase av livet, som pasienten knytter til sin identitet. Et stadium av livet

som han forbinder med opplevelsen av å være seg selv. I følge Blix og Breivik (2006) trenger mange eldre hjelp til å oppsummere livet sitt og det de har oppnådd. Ved å hente tilbake gode minner gjennom samtale kan pasienten oppleve å få tilbake noe av seg selv, slik at tapsfølelsen minskes. Slike minner bidrar til å bekrefte pasientens identitet og kan være knyttet til f.eks. barndomshjemmet, arbeid/yrke eller ekteskap. Når man skal gi eksistensiell omsorg kan man derfor si at samtale er et av de viktigste verktøyene. Samtalen vil være nødvendig når sykepleieren skal avdekke eksistensielle behov, men spiller også en stor rolle når man skal ivareta behovet.

I følge Martinsen (2005) skal sykepleieren i samtale med pasienter tilside sette seg selv og la pasienten være i fokus. Når sykepleieren samtaler med pasienten om tidligere faser i livet, f.eks. når han arbeidet på verkstedet, må hun være oppmerksom og nærværende. Hun må fokusere på det pasienten sier og lytte. I en profesjonell rolle skal sykepleieren fokusere på den andre og må derfor møte den andres utsagt med spørsmål. Sykepleieren må unngå å snakke om seg selv, da det er pasientens minner og opplevelser som skal stå i fokus.

Sykepleieren kan møte personer som har hatt et vanskelig liv og har få gode minner fra tidligere faser i livet. I en slik situasjon må sykepleieren forsterke minnene som representerer noe viktig og betydningsfullt for pasienten. Det livet som er levd kan ikke endres, men hvordan man velger å se på det kan.

4.2.3 Tilrettelegging for ivaretagelse av eksistensielle behov

Martinsen (2000) sier at sykepleieren må ha et helhetlig menneskesyn, hvor pasienter blir ivaretatt som mer enn en sykdom/diagnose. Hun sier videre at sykepleieren må se forskjellene, men ikke gjøre forskjell. Av dette forstår jeg at sykepleieren ikke skal behandle pasienter ulikt men gi like god hjelp, da alle mennesker er like mye verd. Sykepleieren må engasjere seg i hver enkelt pasient og hans situasjon slik at hun kan se det unike med hvert enkelt menneske.

Eksistensielle behov kan ikke defineres som en spesifikk «ting», da mennesker er ulike og da også deres behov. For noen vil musikk oppleves som viktig, mens for andre naturopplevelser eller samvær med sine nærmeste. Uansett behov må sykepleieren tilrettelegge for at dette ivaretas.

I mange tilfeller kan sykepleieren tilrettelegge for at eksistensielle behov kan ivaretas i samvær med andre pasienter på sykehjemmet. Musikk, sang, høytlesning, hverdagsaktiviteter og gudstjeneste utføres ofte i fellesskap på sykehjem, og mange setter pris på samværet med andre. Slike opplevelser kan skape velkjente situasjoner fra tidligere faser i livet. Lyder, lukter og smaker kan bidra til å gjenoppleve og skape nye gode minner, som kan gi trøst når situasjonen oppleves vanskelig.

Sykepleieren må også ta hensyn til de pasientene som har andre eksistensielle behov enn flertallet og tilrettelegge for at også disse pasientene blir sett og ivaretatt. Pasienter skal ikke utsettes for

press eller påvirkning, sykepleieren må derfor respektere hver enkelt pasient og hans eksistensielle behov. Felles aktiviteter bør derfor ikke legges til dagligstuen, men til eventuelle andre oppholdsrom. Hvis det ikke lar seg gjøre og dagligstuen må tas i bruk, skal pasienter som ikke ønsker å delta tilbys å være på rommene. I et slikt tilfelle er det viktig at pasientene som er på rommet sitt ikke bare settes der på «vent» til aktivitetene er over. Jeg har selv arbeidet på sykehjem hvor enkelte mannlige pasienter heller ville sitte på rommet å se på sport enn å delta i gudstjeneste. Gjennom hele livet hadde sport vært viktig og betydningsfullt for disse pasientene.

Noen sykehjem har faste aktivitetsplaner for hver uke med f.eks. baking, sang- og lesestunder, besøk av barnehage eller frivillighets kafé. Sykepleieren må opplyse pasientene om slike aktivitetsplaner og eventuelle andre tilbud. Pasientene som ønsker å ta i bruk slike tilbud vil da ha noe de kan se frem til, et lys i hverdagen.

4.2.4 Tverrfaglig samarbeid

Sykepleieren trenger ikke være ekspert for å gi eksistensiell omsorg. Det viktigste er at hun viser oppmerksomhet, engasjement og interesse i den enkelte (Yardley 2009). Likevel kan det oppstå situasjoner hvor sykepleierne, eller andre, ikke har kompetanse til å imøtekomme enkeltes spesielle behov. Sykepleieren må da innhente hjelp fra andre kvalifiserte personer.

I arbeidet med å ivareta eksistensielle behov har presten tradisjonelt vært sykepleierens nærmeste samarbeidspartner. Da det i dagens samfunn finnes en rekke ulike religioner/livssyn kan det bli aktuelt å kontakte andre ressurspersoner. Slike personer kan være imamen eller en representant fra Human-Etisk Forbund (Blix og Breivik 2006). Jeg opplever at mange sykepleiere er avventende med å tilby pasienten møte med f.eks. presten. Det kan være at sykepleieren ikke kjenner pasienten og hans eksistensielle behov, og er derfor engstelig for at han skal oppleve tilbudet som tvang. I følge Blix og Breivik (2006) opplever ofte helsepersonell presten som mer truende enn pasienter.

Sykepleierens egne meninger og usikkerhet knyttet til prest, eller andre ressurspersoner, skal ikke være avgjørende for om pasienten får nødvendig hjelp eller ikke. Mange pasienter ønsker kanskje ikke å motta hjelp fra andre personer enn presten. Sykepleieren vil ofte ha dårligere tid enn presten, da andre pasienters behov for hjelp kan avbryte samtalen. Når presten blir tilkalt kan han/hun sette av nødvendig tid til den enkelte pasient.

5.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg arbeidet med følgende problemstilling:

Sykepleie ved livets slutt – hvordan ivareta pasientens eksistensielle behov?

Eksistensielle behov er en del av menneskets identitet og anses ofte som et privat anliggende som man unnlater å snakke om. Mange pasienter er ikke komfortable med å dele slik informasjon med «hvem som helst». I møte med pasienter i livets siste fase vil den gode relasjonen være nøkkelen til ivaretagelse av deres eksistensielle behov. Sykepleieren må vise engasjement og oppmerksomhet, slik at pasienten får tillit til at hun virkelig ønsker å ta del i hans situasjon. Sykepleieren må vise at hun bryr seg. Ved å bruke sine fagunnskaper kan sykepleieren gjennom handling skape trygge situasjoner som anerkjenner den andre og bidrar til utvikling av gode relasjoner. Sykepleieren må se det unike ved hver enkelt pasient og tilrettelegge for at han får leve livet fullt ut, som seg selv.

Ivaretagelse av eksistensielle behov i møte med pasienter i livets siste fase kan være svært givende og lærerikt for sykepleieren. Hun må utfordre seg selv og våge å stå andre nær.

Eksistensielle behov blir ofte nedprioritert ved norske sykehjem, til tross for at det i løpet av sykepleieutdanningen er mye fokus på helhetlig pleie. Etter arbeid med denne oppgaven ser jeg nå, enda bedre enn før, hvor stor betydning ivaretagelse av eksistensielle behov kan ha for pasientens situasjon. Ved å øke fokuset på helhetlig pleie og eksistensielle behov kan sykepleieren gi pasienten mulighet til å oppleve døden som trygg og god. Eksistensielle behov kan være en ressurs i møte med livets slutt og må derfor brukes som akkurat det.

6.0 Litteraturliste

- Blix, E.S. og Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie . Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Daatland, S.O. og Solem, E. (2011). *Aldring og samfunn. Innføring i sosialgerontologi*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Førde, R., Pedersen, R., Nortvedt, P. og Aasland, O.G. (2006). *Får eldreomsorgen nok ressurser?*
I: Tidsskrift for norsk legeforening 126: 1913-1916. Tilgjengelig fra:
<http://tidsskriftet.no/article/1404216> [8. februar 2012]
- Kirkevold, Ø. (2006). Bare vi hadde flere pleiere... Bemanning, ressursbruk og kvalitet i sykehjem.
I: Krüger, R.M.E. (red.). *Evige utfordringer. Helsetjenester og omsorg for eldre*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Kristoffersen, N.J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (red.). *Grunnleggende sykepleie. Bind 4*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Kristoffersen, N.J., Breivne, G. Og Nortvedt, F. (2011). Lidelse og håp. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (red.). *Grunnleggende sykepleie 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*. ss. 245-293. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leenderts, T.A. (1997). *Person og profesjon. Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lie, K. (2002). *Eksistensiell og åndelig helseomsorg. En praktisk veileder*. Kristiansand: HøyskoleForlaget.
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Otta: Tano A/S.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk – filosofiske essays*. Otta: Tano.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

NRK Forbrukerinspektørene og Fagforbundet helse og sosial (2012). *Les pleiernes rystende beskrivelser av tilstanden på sykehjem*. Tilgjengelig fra: <http://www.nrk.no/helse-forbruk-og-livsstil/1.8053721> [4. april 2012]

NSF/Norsk sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs etiske regler*. Tilgjengelig fra: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf [19. mars 2012]

Odland, L.H. (2008). Menneskesyn. I: Brinchmann, B.S. (red.). *Etikk i sykepleien*. 2. utgave. ss. 24-40. Oslo: Gyldendal akademiske.

Rykkje, L. (2010). *Gi eldre en verdig død*. I: Tidsskriftet sykepleien 70-73. Tilgjengelig fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=326130 [4. april 2012]

Sandvik, B.A. (2011). *Mindfulness – det oppmerksomme nærvær*. I: Sykepleien Forskning 6 (3): 274-281. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/754992/mindfulness-det-oppmærksomme-narvar> [3. april 2012]

Statistisk sentralbyrå (2011). *Dødsfall, etter dødssted*. Tilgjengelig fra: http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.aspProductid=03.01&PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/MenuSelP.asp&SubjectCode=03 [29. mars 2012]

Støren, I. (2010). *Bare søk! Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Yardley, S.J., Walshe, C.E., og Parr, A. (2009). *Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements*. I: Palliativ Medicine 23: 601-607. Tilgjengelig fra: <http://search.proquest.com/docview/217823559/1355C80CAFF67D44BBD/4accountid=26469#> [8. mars 2012]

6.1 Selvvalgt litteratur

Sammenlagt 312 sider

- Daatland, S.O. og Solem, E. (2011). *Aldring og samfunn. Innføring i sosialgerontologi*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget. (285 – 296, 12 sider)
- Førde, R., Pedersen, R., Nortvedt, P. og Aasland, O.G. (2006). *Får eldreomsorgen nok ressurser?* I: Tidsskrift for norsk legeforening 126: 1913-1916. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/1404216> [8. februar 2012] (1913 – 1916, 3 sider)
- Kirkevold, Ø. (2006). Bare vi hadde flere pleiere... Bemanning, ressursbruk og kvalitet i sykehjem. I: Krüger, R.M.E. (red.). *Evige utfordringer. Helsetjenester og omsorg for eldre*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. (125 – 137, 13 sider)
- Kristoffersen, N.J., Breievne, G. Og Nortvedt, F. (2011). Lidelse og håp. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (red.). *Grunnleggende sykepleie 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*. ss. 245-293. Oslo: Gyldendal akademisk. (245 – 293, 49 sider)
- Leenderts, T.A. (1997). *Person og profesjon. Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget. (165 – 202, 37 sider)
- Lie, K. (2002). *Eksistensiell og åndelig helseomsorg. En praktisk veileder*. Kristiansand: HøyskoleForlaget. (12 – 28, 17 sider)
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Otta: Tano A/S. (138 – 162, 19 sider)
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget. (9 – 49, 41 sider)
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk – filosofiske essays*. Otta: Tano. (67 - 83, 17 sider)
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget. (Innledning og kap. 2, 40 sider)

- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe. (Kap. 1, 23 sider)
- NRK Forbrukerinspektørene og Fagforbundet helse og sosial (2012). *Les pleiernes rystende beskrivelser av tilstanden på sykehjem*. Tilgjengelig fra: <http://www.nrk.no/helse-forbruk-og-livsstil/1.8053721> [4. april 2012]
- NSF/Norsk sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs etiske regler*. Tilgjengelig fra: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf [19. mars 2012]
- Rykkje, L. (2010). *Gi eldre en verdig død*. I: Tidsskriftet sykepleien ss. 70-73. Tilgjengelig fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=326130 [4. april 2012] (70 – 73, 4 sider)
- Statistisk sentralbyrå (2011). *Dødsfall, etter dødssted*. Tilgjengelig fra: http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.aspProductid=03.01&PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/MenuSelP.asp&SubjectCode=03 [29. mars 2012]
- Sandvik, B.A. (2011). *Mindfulness – det oppmerksomme nærvær*. I: Sykepleien Forskning 6 (3): 274-281. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/754992/mindfulness-det-oppmerksomme-narvar> [3. april 2012] (274 – 281, 7 sider)
- Støren, I. (2010). *Bare søk! Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Oslo: Cappelen akademisk forlag. (13 – 20 og 35 – 50, 24 sider)
- Yardley, S.J., Walshe, C.E., og Parr, A. (2009). *Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements*. I: Palliativ Medicine 23: 601-607. Tilgjengelig fra: <http://search.proquest.com/docview/217823559/1355C80CAFF67D44BBD/4?accountid=26469#> [8. mars 2012] (601 – 607, 6 sider)