

Maria Galakhova og Mia Emilie Sjørdahl  
Kandidatnummer 10199 og 10127

# Lindring av dødsangst: en kvalitativ studie av sykepleiers erfaringer med dødsangst hos palliative pasienter

Prosjektbachelor  
"Fagartikkel"  
Antall ord: 4945

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2023



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



Maria Galakhova og Mia Emilie Sør Dahl  
Kandidatnummer 10199 og 10127

# **Lindring av dødsangst: en kvalitativ studie av sykepleiers erfaringer med dødsangst hos palliative pasienter**

Prosjektbachelor  
"Fagartikkel"  
Antall ord: 4945

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

## **Bakgrunn**

Denne studien er et samarbeid mellom sykepleierutdanningen ved NTNU og en kommunal palliativ avdeling i Midt-Norge. Ifølge Norsk Sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer, skal sykepleier bidra til en naturlig og verdig død, og at pasienten ikke dør alene. Dette er spesielt viktig for palliative pasienter, som er utsatt for å oppleve dødsangst. Formålet med studien er derfor å undersøke sykepleiers erfaringer med å lindre dødsangst hos palliative pasienter.

## **Metode**

Det ble gjennomført en kvalitativ studie med semistrukturerte individuelle intervju for å undersøke sykepleiers erfaringer knyttet til palliativ pleie og dødsangst. Vi intervjuet seks sykepleiere med ulikt antall års erfaring innen feltet. Vi lot oss inspirere av Dallands metode for analyse og tolkning av intervjudata. Dataen ble sortert inn i tre hovedkategorier med tilhørende subkategorier.

## **Resultater**

Resultatene viser at sykepleier vektlegger trygging og relasjonsbygging som grunnmuren i lindring av dødsangst. Dette, sammen med både verbal og non-verbal kommunikasjon, medikamenter og inkludering av pårørende, er viktige elementer i å lindre dødsangst hos palliative pasienter. De dro også frem et godt arbeidsmiljø som en viktig forutsetning. Sykepleierne opplevde at de største utfordringene med å lindre dødsangst var å gi håp til pasienter som ikke ønsket å snakke om døden, og mangel på opplæring i kommunikasjon med palliative pasienter.

## **Konklusjon**

Studien viser at sykepleier kan bidra til å lindre pasientens dødsangst og legge til rette for at pasienten får en god død gjennom relasjonsbygging og trygging, et godt arbeidsmiljø og fremming av håp. Forskning viser at relasjoner er grunnleggende i palliativ pleie, i tillegg til at opplæring i kommunikasjon legger til rette for best mulig lindring av dødsangst gjennom samtale. I møte med den fremtidige eldrebølgen vil samfunnet trenge mer kunnskap om palliativ pleie og lindring av dødsangst, for å sikre god pleie og mindre forekomst av dødsangst.

# Abstract

## **Background**

This study is a collaboration between NTNU and a municipal palliative care department in central Norway. According to the Norwegian Nurses Association's Code of Conduct, nurses must contribute to a natural and dignified death, and that the patient doesn't die alone. This is particularly important for palliative patients, who are more prone to experience death anxiety. The purpose of the study is therefore to investigate nurses' experiences of alleviating death anxiety in palliative patients.

## **Method**

A qualitative study with semi-structured individual interviews was done to investigate nurses' experiences related to palliative care and death anxiety. We interviewed six nurses with differing years of experience in the field. We were inspired by Dalland's method for analyzing and interpreting data. The data was sorted into three main categories with associated subcategories.

## **Results**

The results show that nurses emphasize reassurance and relationship building as the foundation in alleviating death anxiety. This, together with both verbal and non-verbal communication, medication and inclusion of relatives, are important elements in alleviating death anxiety. The nurses also highlighted a good working environment as important. They felt that the biggest challenges in alleviating death anxiety were giving hope to patients who did not want to talk about death, and lack of training in communication with palliative care patients.

## **Conclusion**

The study shows that nurses can contribute to alleviating the patient's death anxiety and contribute to the patient having a good death through relationship building and reassurance, a good working environment and promotion of hope. Research shows that relationships are fundamental in palliative care, in addition to training in communication, optimizing alleviation of death anxiety through conversation. In the future, the aging population will make society need more knowledge about palliative care and the alleviation of death anxiety, to ensure good care and less death anxiety.

## Introduksjon

### Palliativ behandling og dødsangst

Palliasjon er en sentral del av behandling, pleie og omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid (1). Tidligere omhandlet palliasjon ivaretagelse av pasienter med uhelbredelig kreft. I dag inngår også andre sykdomsgrupper under begrepet (2). Palliative pasienter kan oppleve dødsangst. Dødsangst defineres som en negativ emosjonell reaksjon med utspring i viten om at man selv slutter å eksistere (3). Et viktig element i palliativ pleie, og et ideologisk mål for palliasjon, er å forsøke å gi pasienten en god død (4). Definisjonen på en "god død" varierer fra individ til individ, men noen elementer går igjen; lindring av sorg, dødsangst og fysiske symptomer, i tillegg til trygging og kontakt med pårørende (5). For å gi pasienter en god død er man avhengig av å ha et godt arbeidsmiljø og støttende kolleger (6).

### Aktualitet

Ifølge Norsk Sykepleierforbund sine Yrkesetiske Retningslinjer §2.12, skal sykepleieren bidra til en naturlig og verdig død, og at pasienten ikke dør alene (7). Dagens demografiske utvikling viser at vi vil få et økt antall eldre mennesker. Dette vil føre til et økt behov for palliativ behandling i fremtiden, samtidig som helsetjenesten får færre tilgjengelige ressurser (8,9).

"Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life", viser at høyinntektsland bruker mellom 8% til 11,2% av statsbudsjettet som er satt av til helse, på mindre enn 1% av befolkningen som dør i løpet av et år. Rapporten sier at dette tyder på at livsforlengende behandling ofte pågår lenger enn nødvendig, og at det ville vært mer helseøkonomisk å gå over til en palliativ fase (10).

På bakgrunn av Samhandlingsreformen, har mye av palliativ pleie blitt flyttet over fra spesialist- til primærhelsetjenesten. Størrelsen og organiseringen av palliative enheter i kommunene må tilpasses lokale behov og forhold. Uavhengig av modell, må det være et tett samarbeid mellom palliative enheter på sykehusene og det regionale kompetansesenteret for lindrende behandling. Kommunale palliative enheter kan for eksempel føre til et mer kompetent fagmiljø i de helhetlige kommunale helse- og omsorgstjenestene (11).

### Teorigrunnlag

Ulike felt innenfor sykepleie vektlegger ulike elementer i hva som inngår i god pleie. I palliativ pleie spiller både fysiske og mellom-menneskelige aspekter en viktig rolle, samt lindring av dødsangst (5). Sykepleieteoretikeren Kari Martinsen vektlegger omsorg som en viktig del av pleie, og sier at omsorg handler om relasjonen mellom to mennesker. Denne relasjonen bygger ifølge henne på fellesskap, solidaritet og gjensidighet (12).

Grov og Wiig (2) vektlegger at målet med palliativ behandling er symptomlindring og best mulig livskvalitet for pasient og pårørende. God pleie skal preges av fokus på pasientens fysiske og psykiske tilstand, pasientens åndelige behov, og ivaretagelse av de sosiale behovene til pasient og pårørende. Grov og Wiig mener at man gjennom ulike aspekter av kommunikasjon kan dekke disse feltene.

## **Formål med studien og problemstilling**

Denne studien er et samarbeid mellom sykepleierutdanningen ved NTNU og en kommunal palliativ avdeling i Midt-Norge. Formålet med studien var å undersøke hvordan sykepleier kan gi god pleie til palliative pasienter. I samarbeid med avdelingen valgte vi å rette oppgaven inn mot dødsangst. Vi ønsket å finne ut hva som inngår i god pleie til palliative pasienter som opplever dødsangst, og hvordan sykepleier kan lindre dødsangst gjennom ulike mellommenneskelige tiltak i pleie. Grunnet bacheloroppgavens størrelse har vi valgt å ikke inkludere hjemme-død i oppgaven.

Problemstillingen for oppgaven er: hvordan kan sykepleier bidra til lindring av dødsangst hos palliative pasienter?



## Metode

### Valg av metode

Vi ønsket å få en forståelse av sykepleiers erfaringer med å lindre dødsangst hos palliative pasienter, og deres oppfatninger av hvilke pleie-tiltak som tilrettelegger for lindring av dødsangst. Derfor valgte vi å bruke kvalitativ metode fordi denne metoden egner seg best til å undersøke erfaringer, oppfatninger og holdninger, og gir mulighet til å få frem en nyansert beskrivelse av temaet (13). Vi valgte å bruke semistrukturerte intervju med et fenomenologisk perspektiv (14). Det ble utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 1) for å sikre at alle informantene ble stilt de samme spørsmålene, og sørge for at intervjuene holdt seg til oppgavens formål.

### Datainnsamling og utvalg

Prosjektsykepleier oppsøkte sykepleiere på avdelingen som sa seg villige til å stille til intervju. I forkant av intervjuene ble deltakerne informert om studien gjennom et informasjonsskriv (vedlegg 2), som de fikk utdelt av prosjektsykepleier. Vi intervjuet seks sykepleiere som alle hadde fast stilling ved avdelingen. Intervjuene ble utført over tre dager i mars 2023. Intervjuene ble gjort på et møterom på avdelingen, og hvert intervju varte mellom 30-60 minutter. Vi var to studenter som sammen gjennomførte intervjuene. Under intervjuene var en av oss intervjuer, og den andre transkriberte fortløpende i ufullstendige setninger.

Sykepleierne hadde fra under ett til over ti års erfaring. Vi ønsket fortrinnsvis sykepleiere med mer enn to års erfaring for mest mulig erfaring, men ekskluderte ikke de som hadde mindre erfaring fordi vi ønsket å høre fra flest mulig sykepleiere. Sykepleierne ble nummerert som Informant 1 til 6. Vi valgte begrepet "informant" fordi dette defineres i Dalland (13) som en person med kunnskap som gir forskeren informasjon.

### Analyse

Vi har latt oss inspirere av Dallands prinsipper for systematisk analyse av kvalitative data (13). Vi bearbeidet intervjusvarene ved å skrive dem om til hele setninger ved hjelp av en kombinasjon av metodene meningskoding, meningsfortetning og meningsfortolkning (13). Så leste vi over intervjuene flere ganger for å få et helhetsinntrykk av innholdet. Deretter merket vi oss temaene som gikk igjen, og sorterte svarene inn under disse. Svarene ble sortert inn under hoved- og subkategorier.

### Etiske betraktninger

Deltakerne samtykket muntlig til å delta i studien. Det ble gitt muntlig informasjon om at det ikke ble lagret noen personopplysninger om dem, og at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Denne informasjonen ble også gitt skriftlig i informasjonsskrivet. Anonymiteten til deltakerne ble ivaretatt ved å endre navnene deres til "informant".

## Resultater

Vi fant noen temaer som gikk igjen i svarene hos alle informantene; trygging og relasjonsbygging, tid og tilstedeværelse, kommunikasjon, medikamenter, fremming av håp, sorg og arbeidsmiljø. Grunnet bacheloroppgavens størrelse har vi valgt å kun fokusere på følgende temaer som vi har satt opp i en kategoritabell.

Tabell 1: Oversikt over hoved- og subkategorier

| Hovedkategorier              | Subkategorier  |
|------------------------------|--|
| Trygging og relasjonsbygging | Tid og tilstedeværelse<br>Kommunikasjon<br>Kroppskontakt |
| Fremming av håp              | En god død<br>Livskvalitet<br>Mestring                   |
| Arbeidsmiljø                 | Støtte fra kolleger<br>Refleksjon                        |

Vi har valgt å fokusere på disse temaene grunnet at de retter seg inn mot mellom-menneskelige relasjoner, noe som alle informantene trakk frem som noe av det viktigste i pleie til palliative pasienter med dødsangst.

### Definisjon av dødsangst

Som utgangspunkt for intervjuet ønsket vi å vite sykepleiernes definisjon på dødsangst. Sykepleierne skilte på definisjonene av generell angst og dødsangst. Generell angst ble definert som angst i forbindelse med smerte og snuing, mens dødsangst ble definert som noe dypere. Alle informantene vektla at dødsangst inneholder mer enn bare frykten for å dø, og at dette er et komplekst fenomen som omhandler alt som har å gjøre med livets slutfase og prosessen frem til man dør.

*“Det ligger så mye i dødsangsten; redsel for å ha vondt, å miste kontrollen, man tenker på de etterlatte og er redd for at barna ikke klarer seg, kanskje problemer med økonomi. Det er ikke nødvendigvis bare frykten for å dø, det er veldig forskjellig for den enkelte.”*

(Informant 5)

En informant sa at de opplever at pasientene som oftest har dødsangst er de med unge barn. Hen trodde at dødsangsten kom av at pasienten var bekymret for barnas fremtid. Dette gjenspeiler seg i kompleksiteten som sykepleierne mente definerer dødsangst. De erfarte at dødsangsten ofte var knyttet til bekymringer overfor de pårørende.

*“Ofte er ikke pasienter med dødsangst redd for seg selv, de tenker heller på de etterlatte. Dødsangst er ofte mindre egoistisk enn vanlig angst.”*

(Informant 1)

Informantene opplevde at de som har gjort seg opp tanker om døden er mer komfortable med døden enn de som fortrenger den. De trodde at dette hang sammen med at dødsangst etter deres erfaring ofte kommer fra usikkerhet rundt døden. Pasienter som snakker om døden, har større mulighet til å føle seg tryggere i møte med den.

*“Dødsangst oppstår ofte i personer som ikke vil snakke om tanker og bekymringer. De som tier er vanskelige å trøste.”*

(Informant 1)

### **Trygging og relasjonsbygging**

Informantene fortalte at alt arbeid med palliative pasienter har relasjoner som grunnmur. Man kunne for eksempel ikke snakke om dødsangst uten tillit, og da måtte man først danne en relasjon. Dette gjorde man ved å trygge og ta vare på dem, og dra inn pårørende.

*“De som er her alene får litt ekstra tiltak sosialt - “byens fugler” får litt ekstra fordi de ikke har noen andre.”*

(Informant 3)

Andre tiltak som ble nevnt i intervjuene var å møte pasientene med et åpent sinn, ta seg tid til å svare på spørsmål og trygge med smertelindring. Bruk av kroppskontakt i kommunikasjon ble også nevnt. Noen av informantene fortalte at det likevel var viktig å ikke bare snakke om sykdommen, men også hvem pasienten er.

*“Hvis man vet noe om livet pasienten har levd tidligere, kan man snakke om det for å skape en relasjon. Det er mange kule folk bak diagnoser.”*

(Informant 1)

### **Fremming av håp**

Informantene fortalte at håp er en stor del av lindring av dødsangst, og går ut på å gi pasienten håp om en god død. Dette innebærer å ikke ha det vondt når man dør, føle seg ivaretatt og vite at man har pårørende rundt seg. Informantene vektla håp i de små øyeblikkene som en viktig del av den palliative pleien. For å skape håp tar de utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten.

*“Håp er veldig viktig. Vi må flytte håpet bort fra å bli bra, og over til å dø uten smerter og uro. Eller å kunne se et barnebarn som skal bli født om noen dager. Gi håp om at i dag skal bli en bra dag. En stor del av pleien er å gi dem nye små håp.”*

(Informant 3)

Livskvalitet ble dratt frem som noe av det viktigste man som sykepleier skal jobbe mot. Under livskvalitet kommer også symptomlindring. Informantene erfarte at små ting ofte blir veldig store for en kritisk syk pasient, både på godt og vondt. Informantene vektla at man må lytte til pasienten og pårørende, og være åpen og ikke-dømmende i møte med deres ønsker for den siste tiden.

*“Når det er begrenset antall levedager igjen er det kvalitet før kvantitet - eller kvalitet punktum. Kvalitet er det aller viktigste.”*

(Informant 1)

Noen av informantene vektla helsefremming for å gi håp i form av mestringsfølelse. En av informantene nevnte energiøkonomisering i forbindelse med mestringsfølelse. Hen sa at noe må velges bort for å kunne velge noe annet, og at man må vurdere hva som er det viktigste for pasienten. Vurderingen bør tas sammen med pasienten, og sykepleier må trygge pasienten på at det er greit å ikke orke alt. Informantene var enige om at man må fokusere på de små tingene som utgjør det store bildet i hverdagen.

*“Jeg setter meg ned med dem og hører hva de tenker, og forsøker å motivere dem ut ifra det. Det er ikke akkurat fysisk motivasjon, det er mer psykisk motivasjon.”*

(Informant 2)

## **Arbeidsmiljø**

Sykepleierne fortalte at arbeidsmiljøet på avdelingen var bygget på gode relasjoner mellom de ansatte, og mente at et godt arbeidsmiljø la til rette for god lindring av dødsangst. Vaktrommet blir brukt til å kunne uttrykke frustrasjon, samt å få støtte og råd fra kolleger. Noen ganger kunne det oppstå vanskelige pårørendesituasjoner, og i slike situasjoner var det viktig stå sammen som en gruppe. En av informantene mente at psykiatri er en stor del av jobben, og at det derfor er viktig å støtte seg på hverandre.

*“Man må snakke med sine kolleger når man føler man selv kommer til kort. Det er viktig å tørre å ta den samtalen, det kan gjøre behandlingen bedre.”*

(Informant 4)

Informantene fortalte at refleksjon er en stor del av hverdagen på avdelingen. De har faste refleksjonsgrupper hvor de går gjennom behandling og kommunikasjon. De har også mimrestund hver fredag for å minnes de som har gått bort den siste uken. I tillegg brukes rolige perioder i arbeidsdagen til refleksjon. Sykepleierne sa at refleksjon er viktig for å kunne støtte hverandre best mulig, diskutere hvilke tiltak som ser ut til å hjelpe mot dødsangst og å luften tankene før man drar hjem.

*“Det er viktig med refleksjoner mellom kolleger. Det er godt å ha noen som man kan snakke om alt om uten at taushetsplikten blir brutt.”*

(Informant 5)

Ingen av sykepleierne hadde fått formell opplæring i kommunikasjon med palliative pasienter. Informantene fortalte at de lærte av hverandre gjennom observasjon og

refleksjon. En av dem beskrev læringsprosessen som en "ilddåp". Flere av informantene ytret at de i starten følte seg usikre på hvordan å best mulig kommunisere med pasientene, og hvordan å håndtere den palliative situasjonen.

*"Da jeg startet gråt jeg hver gang noen døde - jeg var fryktelig dårlig på døden. Så fikk jeg beskjed av en kollega om at dette ikke var min sorg. Jeg tror jeg trengte å høre det. Det er nødvendig å skille den profesjonelle biten fra det personlige."*

(Informant 6)

## Diskusjon

Problemstillingen for denne studien er; hvordan kan sykepleier bidra til lindring av dødsangst hos palliative pasienter? Hovedfunnene fra studien viser at sykepleier vektlegger relasjonsbygging og trygging, fremming av håp og livskvalitet, og et godt arbeidsmiljø som viktige forutsetninger for å kunne lindre dødsangst.

Resultatene vil nå bli satt opp mot teori, forskningsartikler og egen erfaring, med formål om å gi svar på problemstillingen. For å få et utgangspunkt for den videre diskusjonen skal vi først diskutere hva som betegner en god død. Så skal vi diskutere noen tiltak som inngår i lindring dødsangst hos palliative pasienter, og utfordringer som kan oppstå rundt dette. Vi vil også se på studiens sterke og svake sider, og betydning for fremtidens helsevesen.

### En god død

Å gi pasienten en god død er en sentral del av palliativ pleie og lindring av dødsangst. Definisjonen på en god død er forskjellig fra pasient til pasient, og noen ganger er det grunner som gjør det vanskelig å gi pasienten en god død. "Den gode døden" er et ideologisk mål for hospice og palliativ pleie (4). Det er mål om å bidra til en fredfull død, men litteraturen viser at dødsangst ofte ikke blir fokusert på i særlig grad (15).

Noen elementer som inngår i en god død, ifølge artikkelen "A good death" (5), er at pasienten har en følelse av autonomi rundt døden knyttet til valg rundt hjemme-død og medikamentbruk, et godt forhold til familie og helsepersonell, og mulighet til å ta farvel med sine nærmeste. I tillegg vektlegges god smertelindring, å få dekket åndelige behov, og å kunne se tilbake på et godt levd liv. Dette samsvarer med det informantene mente inngår i en god død.

En god død er bygget på at man tar seg tid og er til stede for pasienten. Omsorgen kommer til uttrykk gjennom praktisk handling, og må bygge på en bevisst holdningsmessig begrunnelse (12). Man kommuniserer om døden, men også livet som har vært og er, og man tyr til kroppskontakt i enkelte tilfeller (2). Det er viktig å trygge pasienten og danne en relasjon. Det er også sentralt at pasienten ikke møter døden alene, og har noen hos seg når de går bort.

Informasjon om dødsprosessen er viktig for både pasienten og pårørende (1). Familien må kunne bruke den siste tiden som de selv vil, og pasienten bør kunne ha pårørende rundt seg så mye de ønsker. Symptomlindring gjennom medikamenter er også viktig for å trygge pasient og pårørende med at døden kommer til å bli så smertefritt som mulig.

Grunner som kan gjøre det vanskelig å gi pasienten en god død kan være at pasienten ikke har et godt forhold til pårørende, er svært smertepåvirket og opplever stor grad av dødsangst.

### Tiltak for lindring av dødsangst hos palliative pasienter

#### Trygging og relasjonsbygging

Relasjoner er grunnmuren i alt arbeid med palliative pasienter. Dette samstemmer med Kari Martinsen sin omsorgsteori, som sier at omsorg handler om relasjonen mellom to mennesker (12). Man kan for eksempel ikke snakke om dødsangst uten tillit, og for å skape dette må man først bygge en relasjon. Det gjør man ved å få pasienten til å føle

seg trygg og tatt vare på. Informantene nevnte en rekke tiltak for å få til dette: Møte pasienten med et åpent sinn, ta seg tid til å svare på spørsmål og bruk av fast personale. De fortalte også at palliative pasienter ofte er redde for den fysiske smerten som kommer, og at det derfor er viktig å trygge dem med at man skal smertelindre ved hjelp av medikamenter. Medikamenter kan nemlig være avgjørende for at pasienten får en god avslutning på livet (2).

Lindring av symptomer og fremming av livskvalitet er det viktigste målet i palliasjon, og for å imøtekomme dette er kommunikasjon med pasienten og pårørende fundamental (2). Dette ble understøttet av informantene, som blant annet sa at man må snakke om det livet pasienten har levd, og at man gjerne kan dra inn pårørende.

Det er viktig å forberede pasienten på det som kommer, og spørre om det er noe hen ønsker å få sagt eller gjort. Hvis sykepleieren møter pasienten med åpenhet om deres egen beskrivelse av sin situasjon, borger det for pasientsentrert tilnærming (2).

Palliativ fase er særegen for kommunikasjon, og det kan være utfordrende for sykepleieren å møte pasienter som vet at de skal dø snart (2). Man må likevel gripe øyeblikket, og være nysgjerrig og stille åpne spørsmål hvis pasienten for eksempel har dødsangst. En av informantene fortalte at samtaler om døden opplevdes å ha god effekt på angstmestring, fordi døden ikke lenger virket så skummel og fremmed da. Kroppskontakt i form av stell eller en varm hånd å holde i, og blikkontakt og smil viste seg også å ha en beroligende effekt på pasienter med dødsangst.

Det er likevel viktig å ikke bare snakke om sykdommen, men også hvem pasienten er med sitt tidligere levde liv og interesser.

### Et godt arbeidsmiljø

Et godt arbeidsmiljø er nødvendig for god lindring av dødsangst. Arbeidsmiljøet skal støtte den enkelte arbeidstaker, og ivareta deres helse til tross for belastninger i arbeidshverdagen (16). Et arbeidsmiljø preget av empati og samhold legger til rette for at helsepersonell kan støtte hverandre, og lindre pasientens dødsangst best mulig.

Man må kunne ha noen å støtte seg på, og ha mulighet til å rådføre seg med andre kolleger og uttrykke frustrasjon. Refleksjon bidrar til at helsepersonellet kan ivareta seg selv i krevende arbeidssituasjoner, og å håndtere sine egne følelser rundt døden (3,6). Dette er svært viktig i en emosjonell belastende jobb hvor sykepleier bruker seg selv terapeutisk.

Humor kan brukes for å distansere seg fra alvoret, og styre unna sine egne vanskelige følelser. I en norsk undersøkelse (6) kom det frem at humor gjorde det mulig for helsepersonell å håndtere vanskelige følelser, samt at humor var en av de tre mest kraftfulle ressursene som beskyttet mot negativ påvirkning av døden. Humor kan være en god mestringsstrategi i møte med døende pasienter (6).

### Ivaretakelse av pårørende

Den palliative fasen er ikke bare omhandlende pasienten, men også deres nærmeste. Det er en periode med ventesorger for både pasient og pårørende, og det er derfor viktig at sykepleier også ivaretar pårørende (2,5). Ved å etablere trygge rammer og tillitsforhold til pasienten og pårørende, skapes relasjoner og lettere lindring av dødsangst. Trygging

av hele familieenheten og å skape mulighet for forsoning, er med og lindrer pasientens dødsangst (2).

Pårørende trenger å bli trygget av helsepersonell, og deres informasjonsbehov øker i den palliative fasen (1). Dette understøttes av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3, som sier at hvis pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes (17).

Gjennom egen praksis har vi opplevd at pårørende enkelte ganger ønsker at pasienten skal få tilført væske og sondenæring. Pårørende ønsket å forlenge pasientens liv selv om sykepleier ved avdelingen så at pasienten var kommet så langt i dødsprosessen at kroppen ikke lenger ytrer et behov for næringstilførsel. I slike tilfeller er det viktig at sykepleier viser omsorg for pårørende gjennom å realitetsorientere og trygge på at dette er en normal del av dødsprosessen (1).

## **Utfordringer**

### Å gi håp til pasienter som ikke ønsker å snakke om døden

Å gi pasienten håp er viktig for å lindre dødsangst. Sykepleierne på avdelingen erfarte at det kunne være vanskelig å lindre dødsangst hos pasienter som forneker døden. Det er likevel viktig at sykepleier forsøker å gi dem håp som en del av best mulig palliativ pleie.

Man kan gi håp til pasienter som ikke ønsker å snakke om døden ved å vise at man er der for dem og tar seg tid på andre måter. Man kan også trygge dem og gi håp ved å gi beroligende medikamenter som letter på dødsangst, og oppfordre pårørende til å besøke dem. Informantene vektla at man må lytte til pasientens og pårørendes ønsker, og være åpen og imøtekommende. Sykepleier bør ta utgangspunkt i det som er viktig for pasienten, og kan ha fokus på de små øyeblikkene.

Et annet viktig tiltak som kan brukes til å fremme håp, er humor. Humor kan lette stemningen, føre til mindre angst og virke oppløftende på både pasient og sykepleier. Det er likevel viktig å merke seg at humor må brukes på pasientens premisser, fordi ikke alle vil være like mottakelige for dette med tanke på deres diagnose. Humor har en terapeutisk effekt når sykepleier tar hensyn til pasientens ønsker, og bruker den i sammenheng med sin kompetanse og omsorg til pasienten. Den kan også virke befriende i møte med døden (6).

Noen av informantene vektla helsefremming som en mulig måte å fremme håp og mestringsfølelse hos pasientene. Helsefremming er tiltak som har som mål å forbedre livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre de utfordringene og belastningene folk utsettes for (18). Et mulig helsefremmende tiltak som ble nevnt av informantene var energioptimalisering, der man velger bort noe til fordel for noe annet. Dette kan være at pasienten får innlagt et blærekateter, i stedet for å måtte bruke masse tid og krefter på å komme seg på do, når denne tiden heller kan bli brukt til å sitte oppe ved besøk. Det er da viktig at sykepleier trygger og forklarer pasienten at det er greit å ikke ha overskudd til å gjøre alt, og at man heller fokuserer på de små tingene i hverdagen som gir håp og glede.

Håp er en prosess der man tenker på ett eller flere mål, sammen med motivasjonen til å bevege seg mot og finne måter å oppnå de på. Denne definisjonen av håp hviler på sykepleiers vurdering av pasientens mulighet til å sette seg mål. Sånn sett er håp noe



som kan brukes i behandlingen, og som er mulig å endre eller påvirke over tid. Basert på forskning og teori innen helsepsykologi, blir håp i økende grad sett på som en mestringsstrategi slik at styrking av håpet også kan bli et mål (19).

På den andre siden kan håp sees på som noe vi mennesker kan hjelpe hverandre til å oppnå. Dette betyr at mennesker i økende grad kan oppfatte at de har mulighet til å lykkes. Sykepleier sin rolle er å hjelpe pasienter til å tenke mer håpefullt, og hjelpe dem med å skape mer håpefulle miljøer for seg selv og de rundt dem. Håp kan være av stor betydning for palliative pasienter, og sykepleier kan være med på å tilrettelegge for fremming av realistiske håp som er rettet mot den situasjonen pasienten er i. Det vil variere fra pasient til pasient hva de opplever at kan lindre dødsangst, men for at sykepleier skal kunne bidra til det, må hen snakke med både pasient og pårørende om hvilke tiltak som kan fremme et fokus på dette (19).

### Mangel på opplæring i kommunikasjon

Det er viktig at personalet er samkjørte og står sammen som en gruppe for å sikre god pleie og lindring av dødsangst. Mangel på opplæring i kommunikasjon med palliative pasienter kan skape vansker for å realisere en samkjørt arbeidsutøvelse til det beste for pasienten, og kan føre til økt forekomst av dødsangst.

Ingen av informantene hadde fått en formell opplæring på hvordan å kommunisere med palliative pasienter. De sa at de hadde lært av hverandre, og at de i starten hadde vært usikre på hvordan å kommunisere best mulig. Informasjon om forløpet og prosessen frem til døden er viktig for å trygge pasienten og pårørende, og lindre pasientens dødsangst (1). Opplæring i kommunikasjon kan gjøre dette enklere å formidle for sykepleier.

En kanadisk studie (3) undersøkte effekten opplæring i kommunikasjon med palliative pasienter hadde på mennesker som jobbet på hospice-avdelinger. Over en periode på ni uker fikk de hver uke opplæring i et nytt tema innen palliativ omsorg og kommunikasjon. Personellet rapporterte en følelse av å være bedre forberedt for samtaler med palliative pasienter i etterkant. Dette viser at opplæring fører til at helsepersonell tidligere føler seg trygge i hvordan å best mulig kommunisere. Dette vil også være mer gunstig for pasienten som da lettere kan få lindret sin dødsangst gjennom kommunikasjon (2).

### **Sterke og svake sider ved studien**

Det er både sterke og svake sider ved vår gjennomføring av studien. Vi skal nå diskutere elementene metode, validitet av resultater, intervjuguide og rekruttering.

Valget av kvalitativ metode ga mulighet for økt innsikt i sykepleiers erfaring på et dypere nivå enn ved bruk av kvantitativ metode. Et semistrukturert intervju ga mulighet til å se variasjoner i svarene vi fikk av de ulike informantene, og åpnet for oppfølgingsspørsmål. Vi opplevde også noen svakheter med metoden. Noen av informantene svarte svært kort på spørsmålene, mens andre svarte svært bredt, og kunne gå noe utenfor temaet. Dette førte til ulik utdypelse og innsikt i den enkeltes erfaring. En annen svakhet var tid; enkelte informanter hadde dårlig tid fordi de var den eneste sykepleieren på avdelingen. Valg av kvantitativ metode kunne gitt sykepleier større mulighet til å svare på spørsmålene våre når de selv hadde anledning.

Validiteten av resultatene ble styrket av at de fleste av informantene hadde flere års erfaring med denne pasientgruppen, og hadde derfor mye kunnskap om temaet. Noen tiltak gikk igjen blant alle informantene. Dette understøtter at disse tiltakene er en sentral del av lindring av dødsangst hos palliative pasienter. Samtidig må vi ta i betraktning at enkelte av informantene fortalte at de hadde snakket sammen om temaet i forkant, og dette kan ha påvirket svarene deres og gjort dem mer samkjørte.

Spørsmålene i intervjuguiden var varierte og relevante for studien. Vi fikk bred innsikt i de ulike informantenes tanker rundt temaet, noe som var en styrke. En svakhet var enkelte spørsmål som vi ikke fikk utfyllende svar på, og valgte å ikke inkludere i resultatene av studien. I tillegg ga spørsmålene våre en stor mengde data, og vi endte med å måtte ekskludere enkelte elementer fra resultatene vi valgte å diskutere i bacheloroppgaven.

Til rekrutteringen fikk vi mye hjelp fra prosjektsykepleier ved avdelingen som samlet inn informanter for oss. Dette gjorde det enklere for oss, men dette åpnet også for at prosjektsykepleier kunne velge ut hvilke sykepleiere som egnet seg best til å stille til intervju, noe som igjen kunne ha påvirket svarene. Enkelte av informantene brukte lengre tid på å besvare tekstmeldinger om organisering av intervju, noe som førte til vansker rundt samkjøring av intervju, fordi vi var i praksis og hadde få dager til rådighet til datainnsamling.

### **Kliniske implikasjoner**

Palliativ pleie er et felt innenfor sykepleien som trolig vil bli enda viktigere i fremtiden. Ifølge den statlige utredningsrapporten "På liv og død" (8) kommer den kommende eldrebølgen til å føre til større belastning på helsevesenet. Færre sykepleiere på flere pasienter fører til mindre individtilpasset behandling og pleie, og kan i verste fall føre til at grunnleggende behov ikke dekkes. Dette er noe vi allerede ser tendenser til i dagens helsevesen (9). En utfordring for palliativ pleie i etterkant av samhandlingsreformen (11) er varierende kompetanse i primær helsetjenesten, noe som fører til varierende kvalitet.

Resultatene fra vår studie viser at relasjon mellom sykepleier og pasient, samt å gi håp gjennom individuelle tilpasninger, er elementært for å lindre dødsangst hos palliative pasienter. Færre helsepersonell fører til at det er vanskelig å sikre god pleie med basis i relasjon og individuell tilpasning. Mindre tilpasset og relasjonsrettet pleie til palliative pasienter vil trolig føre til økt antall palliative pasienter som opplever dødsangst i fremtiden.

Mer forskning på hvordan å lindre dødsangst gjennom god pleie for palliative pasienter, vil bli viktig for å forberede dagens helsevesen på den forestående samfunnssituasjonen; færre helsepersonell fordelt på flere eldre. Utredningsrapporten "Tid for handling" (9) sier at det trengs å gjøres tiltak for å sikre best mulig palliativ pleie for den eldre befolkningen, og utarbeidelse av tiltak starter med økt forskning på palliativ pleie og lindring av dødsangst.

### **Konklusjon**

Resultatene i studien viser at sykepleierne ved den palliative avdelingen har god erfaring med og kompetanse til å lindre dødsangst hos palliative pasienter. De viktigste tiltakene for lindring av dødsangst hos palliative pasienter er trygging og relasjonsbygging,

fremming av håp og arbeidsmiljø. For å oppnå dette, tydde sykepleierne til kommunikasjon, smertelindring, involvering av pårørende, helsefremming og refleksjon.

En av utfordringene med lindring av dødsangst hos palliative pasienter, var mangel på opplæring i kommunikasjon med pasienter blant sykepleierne. Forskning understøtter at samtaler om døden er viktig for å gi pasienten en god død. Opplæring i kommunikasjon blant sykepleierne vil kunne føre til mer effektiv lindring av pasientens dødsangst. Dette, i tillegg til et gjennomgående fokus på relasjonsbygging og fremming av håp, er viktige forutsetninger for god pleie og lindring av dødsangst.

Når det kommer til den fremtidige eldrebølgen, vil mer kunnskap om palliativ pleie og lindring av dødsangst bidra til mindre forekomst av dødsangst.

## Referanseliste

1. Helsedirektoratet. Lindrende behandling i livets slutfase [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; [oppdatert 18. September 2018; hentet 12. Januar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
2. Grov EK, Wiig HS. Kommunikasjon med pasienter i palliativ livsfase: Heyn LG, red. Klinisk kommunikasjon i sykepleie. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2021. s. 196-229.
3. Claxton-Oldfield S, Crain M, Claxton-Oldfield J. Death Anxiety and Death Competency: The Impact of a Palliative Care Volunteer Training Program. American Journal of Hospice & Palliative Medicine AJHPM. 2007; 23: 464-468.
4. Trier EL. Hospice møter døendes helhetlige behov. Sykepleien. 2017;105(9):38-40 <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63703>
5. Brady M. A good death: key conceptual elements to end of life care. Journal of Paramedic Practice JPP. 2013; 5(11): 624-631.
6. Strøm IK, André B, Halsetrønning J. Humor er et viktig hjelpemiddel i palliativ behandling. Sykepleien. 2020; 108(80299): e-80299.
7. Norges Sykepleier Forbund. Yrkesetiske Retningslinjer [Internett]. Oslo: NSF; [hentet 29.03.2023]. Tilgjengelig fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
8. NOU 2017: 16. På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døende [Internett]. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning; 2017 [hentet 14.04.2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/995cf4e2d4594094b48551eb381c533e/nou-2017-16-pa-liv-og-dod.pdf>
9. NOU 2023: 4. Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste [Internett]. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Teknisk redaksjon; 2023 [hentet 27.04.2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
10. Salnow L, Smith R, Ahmedzai SH, Bhadelia A, Chamberlain C, Cong Y et al. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. The Lancet Commissions. 26. februar 2022; 399: 837-884.
11. Meld. St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen [Internett]. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2009 [hentet 11.05.2023]. Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
12. Kirkevold M. Sykepleieteori [Internett]. Oslo: Store medisinske leksikon; 2020 [hentet 30. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/sykepleieteori>
13. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 6. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2019.
14. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskriftet for Den norske legeförening. Publisert: 20. oktober 2002; 122:2468-72.
15. André B. Hva er den "gode død"? Geriatrisk Sykepleie. 2014;3: 18-25
16. Orvik A. Organisatorisk kompetanse. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2022.

17. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63 [hentet 22. mai 2023]. Tilgjengelig fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
18. Braut GS, Thelle DS. Helsefremmende arbeid [Internett]. Oslo: Store medisinske leksikon; 2022 [hentet 29. april 2023]. Tilgjengelig fra: [https://sml.snl.no/helsefremmende\\_arbeid](https://sml.snl.no/helsefremmende_arbeid)
19. André B, Ringdal E I. Sykepleie og helsefremming blant pasienter i palliativ omsorg. Klinisk sykepleje. 2015; 29(2): 62-73.

## **Vedlegg 1: Intervjuguide**

### Intervjuguide - Sykepleiers erfaringer med lindring av dødsangst hos palliative pasienter

#### **Innledende:**

1. Hva opplever du er det viktigste for pasienten i en palliativ fase?
2. I hvor stor grad opplever du at denne pasientgruppen føler på dødsangst?
3. Hvordan vil du skille på dødsangst og generell angst? Forskjeller?
4. I hvilken grad brukes kommunikasjon for å lindre dødsangst?
5. I hvilken grad brukes medikamenter for å lindre dødsangst?

#### **Forberedelser:**

7. Har du fått noen type opplæring eller veiledning fra avdelingen om kommunikasjon med palliative pasienter?
8. Har noe av eventuell opplæring omhandlet håndtering / lindring av dødsangst eller angst generelt?
9. Hva vektlegger du i møte med den palliative pasienten?
10. Hvilke forberedelser gjør du før du skal legge opp til en samtale om døden med en palliativ pasient med dødsangst?
11. Hva er din erfaring med å bruke helsefremming i møte med den palliative pasienten?
12. Hvordan kan man skape en god relasjon mellom en selv og den palliative pasienten?
13. Hvordan fremmer du håp hos palliative pasienter?

#### **Samtale:**

14. Hvordan bruker du deg selv terapeutisk i møte med palliative pasienter?
15. Hva vektlegger du i samtaler med palliative pasienter?
16. Hva vektlegger du i samtaler med palliative pasienter som opplever dødsangst?
17. Hva er dine erfaringer med å lindre sorg gjennom kommunikasjon?
18. I hvor stor grad vektlegger du samtaler om det som har formet pasientens liv – det som de selv synes er viktigst / har vært viktigst tidligere?
19. I hvor stor grad vektlegger du samtaler om hva som er viktigst i pasientens siste levetid – det som vil være viktigst fremover?

**Egne tanker:**

20. Hvilken effekt opplever du at samtaler om døden har på pasienter som opplever dødsangst?
21. Hva er din erfaring rundt å bruke åndelig omsorg i kommunikasjon med den palliative pasienten?
22. Hva er gode mestringsstrategier rundt å møte palliative pasienter?
23. Hvordan blir du selv påvirket av samtaler med palliative pasienter?
24. Har dere noen form for refleksjon rundt deres egen opplevelse knyttet til pasienten / pasientens død?
25. Hvordan håndterer du døden?
26. Hvordan vil du definere en "god død"?

## **Vedlegg 2: Informasjonsskriv**

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

“Sykepleiers erfaringer med lindring av dødsangst hos palliative pasienter”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke sykepleiers erfaringer med å lindre dødsangst hos palliative pasienter. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Formålet med prosjektet er å skape bedre forutsetninger for palliativ pleie ved å finne ut hvordan sykepleier bidrar til lindring av dødsangst hos palliative pasienter.

Vi skal analysere problemstillingen “Hvordan kan sykepleier bidra til lindring av dødsangst hos palliative pasienter?”. Vi ønsker å finne ut om sykepleier skiller på tilnærmingen til dødsangst og generell angst, og hvilke tiltak som blir gjort for å lindre dødsangst.

Det er en bacheloroppgave hvor vi tar utgangspunkt i faglitteratur og utfører semistrukturerte kvalitative intervjuer, for å undersøke vår valgte problemstilling. Det kan hende at opplysningene kommer til å bli omskrevet til en fagartikkel og publisert på sykepleien.no.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie er ansvarlig for prosjektet, og datainnsamlingen skjer i samarbeid med en kommunal palliativ avdeling i Midt-Norge.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta fordi du er sykepleier ved lindrende avdeling, og dermed aktuell for oppgaven vår. Det er ønskelig med 4-6 deltakere.

Du har fått dette informasjonsskrivet fra prosjektsykepleier ved avdelingen.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et semistrukturert intervju. Det vil ta deg opp til 1 time. Intervjuet inneholder spørsmål om dine erfaringer med å lindre dødsangst hos palliative pasienter. Dine svar fra intervjuet blir skrevet ned i Word og lagret elektronisk, men du forblir anonym.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Personer som vil ha tilgang til notatene fra intervjuet er sykepleierstudenter ansvarlige for prosjektbacheloren og prosjektveilederen deres. Navnet til deltakerne vil i notatet erstattes med “intervjuobjekt nr. 1”, og så videre. I tillegg lagres dokumentet på en lukket Teams-gruppe hvor kun nevnte studenter har tilgang.

Studentene Maria Galakhova og Mia Emilie Sjørdahl skal samle inn, bearbeide og lagre data. Veilederen deres får tilgang til en anonymisert utgave av datainnsamlingen.



I den ferdigstilte bacheloroppgaven vil deltakerne bli omtalt som "en sykepleier ved en palliativ avdeling i Midt-Norge".

**Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes innen 1. juni 2023, og datamaterialet kommer ikke til å bli lagret videre.

Hvis bacheloroppgaven blir publisert på sykpleien.no, vil den eneste endringen være at den ferdigstilte oppgaven blir forkortet.

**Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene.
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende.
- å få slettet personopplysninger om deg.
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

...

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*

...

*Studenter*

Maria Galakhova og Mia Emilie Sør Dahl

