



KANDIDAT

86

PRØVE

BISB 3050 1 Bacheloroppgave og forberedelse til yrkesaktivt liv

Emnekode	BISB 3050
Vurderingsform	Hjemmeeksamen
Starttid	18.03.2020 12:00
Sluttid	02.04.2020 12:00
Sensurfrist	26.04.2020 23:59
PDF opprettet	11.06.2020 09:29
Opprettet av	Heidi Henriksen Herseth

1 Innlevering bacheloroppgave

Pdf fil av bacheloroppgaven lastes opp her. Ved gruppeinnlevering skal kun en av kandidatene levere (husk begge kandidatnumre på oppgaven).

På studentweb skal du skrive inn norsk og engelsk tittel på oppgaven din - slik at dette kommer med på karakterutskriften som følger vitnemålet. (Se info om hvordan det gjøres her: <https://www.vid.no/student/eksamen/tittel-bachelor-masteroppgave-vitnemal/>)

Bruk standard forside.

PS: På forsidemalen står det ikke engelsk tittel, denne må dere legge inn selv, under norsk tittel (eventuell egen forside skal komme etter standard forside).

<http://www.vid.no/filer/obligatorisk-forside-til-bacheloroppgave/>

Opggaven skal leveres som pdf-fil her på Inspira. Du må også fylle ut obligatorisk erklæring på Inspira. Husk å svare på om du samtykker eller ikke i at bacheloroppgaven kan publiseres i VID sitt åpne elektroniske arkiv. Oppgaven blir bare publisert hvis du får karakteren A.

Alle oppgaver blir plagiattrollert.

Sensur på oppgaven ved ordinær innleveringsfrist kommer på studentweb 27.04.2020.

Administrativ ansvarlig for eksamen:

Heidi Herseth, heidi.herseth@vid.no



Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

 Last ned

 Fjern

 Erstatt

Filnavn:

Bacheloroppgave i sykepleie.pdf

Filtype:

application/pdf

Filstørrelse:

387.61 KB

Opplastingstidspunkt:

02.04.2020 11:26

Status:

Lagret

Besvart.

☑ Obligatorisk erklæring- Bacheloroppgave

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 12. desember 2016 nr. 1595 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Jeg erklærer å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Skriv inn ja eller nei

Fyll inn antall ord (besvarelsen):

Ved karakteren A samtykker jeg i at oppgaven publiseres i VID vitenskapelige høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN) under mitt navn

Skriv inn ja eller nei

Besvart.



Ivaretakelse av åndelige behov
Attending to the spiritual needs

*Hvordan kan sykepleier ivareta åndelige behov hos hjemmeboende
kreftpasienter i palliativ fase?*

Kandidatnummer: 86

VID vitenskapelige høgskole

Bergen

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull 2017

Antall ord: 9097

02.04.2020



Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 86
Navn på studiet: Bachelor i sykepleie
Navn på eksamen: Bacheloroppgave
Emnekode: BISB 3050
Innleveringsfrist: 02.04.2020 kl. 12:00
Antall ord: 9097

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høgskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høgskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høgskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer: 86

Bacheloroppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres i VID vitenskapelig høgskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss Ja: Nei:

Sammendrag

Hensikten med denne oppgaven er å gjøre rede for hvordan sykepleier kan ivareta åndelige behov hos hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase. Det å bli rammet av en uhelbredelig kreftsykdom innebærer å forholde seg til en rekke fysiske og psykiske utfordringer som inkluderer åndelige behov. Metoden som er brukt i oppgaven er litteraturstudie og problemstillingen drøftes i lys av relevant litteratur, kvalitative forskningsartikler og Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Funn fra forskningsartiklene viser at sykepleiere mangler tilstrekkelig kunnskap og kompetanse om ivaretagelse av åndelige behov og at det derfor blir nedprioritert. For at kunne ivareta åndelige behov kreves det at sykepleieren etablerer en relasjon med pasienten basert på tillit, har kunnskap og kompetanse om åndelige behov samt gode kommunikasjonsferdigheter, setter av tid til å samtale med pasienten og har evne til å se og la seg berøre i samtale med pasienten.

Nøkkelord: Åndelige behov, hjemmeboende, kreftpasient, palliativ fase, sykepleier

Abstract

The purpose of this thesis is to explain how the nurse can attend to the spiritual needs of palliative cancer patients in home care. Being diagnosed with an incurable cancer disease involves dealing with a variety of psychical and mental challenges that include the spiritual needs. The method used in this thesis is literature study, and the issue is discussed in the light of relevant literature, qualitative research articles, and Joyce Travelbee's nursing theory. Findings from the research articles show that nurses lack sufficient knowledge and expertise to attend to spiritual needs, and therefore it has not been prioritized. In order to attend to spiritual needs, the nurse must establish a relationship with the patient, based on trust, have knowledge and competence in spiritual needs as well as communication skills, take time to talk with the patient and have the ability to see and be emotionally engaged in conversation with the patient.

Keywords: Spiritual needs, home care, cancer patient, palliative care, nurse

Innhold

1	Innledning	1
1.1	<i>Bakgrunn for valg av tema og sykepleiefaglig relevans</i>	1
1.2	<i>Problemstilling</i>	2
1.3	<i>Oppgavens avgrensing</i>	2
2	Metode	4
2.1	<i>Vitenskapsteori</i>	4
2.2	<i>Litteraturstudie</i>	5
2.3	<i>Litteratursøk</i>	5
2.4	<i>Kildekritikk</i>	7
2.5	<i>Etiske overveielser</i>	8
3	Teori	9
3.1	<i>Pasienter med kreft i en palliativ fase</i>	9
3.1.1	<i>Kreft</i>	9
3.1.2	<i>Palliativ fase</i>	10
3.2	<i>Åndelige behov</i>	11
3.3	<i>Å arbeide i andre sitt hjem</i>	12
3.4	<i>Travelbees sykepleieteori</i>	13
4	Presentasjon av forskningsartiklene	16
4.1	<i>Artikkel 1</i>	16
4.2	<i>Artikkel 2</i>	17
4.3	<i>Artikkel 3</i>	18
4.4	<i>Artikkel 4</i>	19
5	Drøfting	20
5.1	<i>Å etablere en relasjon</i>	20
5.2	<i>Å snakke om åndelige behov</i>	23
5.3	<i>Tid som en viktig faktor</i>	27
5.4	<i>Evnen til å se og la seg berøre</i>	28
6	Konklusjon	30
7	Litteraturliste	31

1 Innledning

Temaet for denne oppgaven er ivaretagelse av åndelige behov. Under vil bakgrunn for valg av tema og sykepleiefaglig relevans bli gjort rede for. Deretter vil problemstillingen bli presentert sammen med nødvendige avgrensinger i oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og sykepleiefaglig relevans

I 2018 var det 34 190 nye tilfeller av kreft som rammet både menn og kvinner i Norge (Kreftregisteret, 2018). Samme år var det 11 134 mennesker som døde på grunn av kreftsykdommen (Folkehelseinstituttet, 2018). Som følge av at gjennomsnittlig levealder går opp, vil forekomsten av kreft øke i fremtiden (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 332). Disse tallene gir oss en indikasjon på at det er mange mennesker som har behov for og rett på nødvendig helsehjelp. Det å bli rammet av en kreftsykdom og forholde seg til at livet går mot slutten, innebærer en rekke utfordringer. I tillegg til de fysiske utfordringene som både sykdommen og behandlingen fører med seg, oppstår det i tillegg en rekke åndelige behov hos pasienten (Sæteren, 2017a, s. 288).

Åndelige behov omfatter ofte de store spørsmålene i livet og fokuserer på det som gir pasienten mening, ro, håp, fred og gnist (Giske & Cone, 2019, s. 11). De åndelige behovene er individuelle og må derfor tilpasses den enkelte. For at sykepleieren skal ivareta disse behovene, forutsetter det god kunnskap og bred kompetanse (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 34). Mange kreftpasienter ønsker i tillegg å tilbringe den siste tiden hjemme i kjente omgivelser, noe som både krever god planlegging og tilrettelegging av sykepleiere (Birkeland & Flovik, 2018, s. 187).

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere fremkommer det at sykepleier har ansvar for å lindre lidelse og bidra til en naturlig og verdig død for pasienten. Videre fremkommer det at sykepleier har ansvar for å ivareta helhetlig omsorg for den enkelte pasient (Norsk sykepleierforbund, 2011). Dette inkluderer pasienter som befinner seg i den palliative fasen og deres åndelige behov.

Det åndelige er i tillegg et tema som har vekket stor interesse og nysgjerrighet hos meg i løpet av studieforløpet, gjennom både undervisning og praksisperioder. Det er spesielt praksisperioden i hjemmesykepleien som har gjort størst inntrykk på meg, og som er bakgrunnen til at jeg har valgt å fokusere på hjemmeboende pasienter. Som fremtidig sykepleier kommer jeg til å møte pasienter med uhelbredelig sykdom i palliativ fase, og jeg ønsker å ivareta deres åndelige behov på en best mulig måte ved å øke min kunnskap omkring dette. Dette spesielt fordi det fremkommer av forskning at det blir nedprioritert.

1.2 Problemstilling

Med utgangspunkt i overnevnte tema, er følgende problemstilling valgt:

«Hvordan kan sykepleier ivareta åndelige behov hos hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase»?

1.3 Oppgavens avgrensing

For å gjøre oppgaven mer presis er det foretatt nødvendige avgrensinger. Hovedfokuset i denne oppgaven vil være pasienter som er rammet av uhelbredelig kreft, og som befinner seg i den palliative fasen. Det er ikke tatt utgangspunkt i én spesifikk kreftdiagnose ettersom de ulike diagnosene bærer med seg ulike plager og erfaringer og dermed forskjellig utgangspunkt for å gå inn i den palliative fasen (Kaasa & Loge, 2016, s. 192). Pasientgruppen vil være voksne over 18 år og en blanding av både kvinner og menn. Dette begrunnes med at forskningsartiklene omfatter begge kjønn i variabel alder. Barn er ekskludert fra oppgaven ettersom det kan tenkes at barn har andre behov enn voksne.

På grunn av oppgavens omfang vil det ikke bli lagt vekt på smertelindring eller pasientens symptomer, som for eksempel kvalme, fatigue og kakeksi (Lorentsen & Grov, 2016, s. 406). Likevel kan disse symptomene kunne påvirke pasientens evne til å kommunisere med sykepleieren.

Interaksjon mellom sykepleier og pasient vil være avgjørende i denne oppgaven, og det er derfor tatt utgangspunkt at pasientene er i stand til å kommunisere. Dette forutsetter at

pasienten ikke er kommet til den terminale fasen, som kjennetegnes ved økt søvnbehov, svekket orienteringsevne og redusert kommunikasjonsnivå (Helsedirektoratet, 2015).

Videre er oppgaven avgrenset til hjemmeboende pasienter som mottar hjelp fra hjemmesykepleien. Tverrfaglig samarbeid og pårørendes rolle vil ikke vektlegges i oppgaven, til tross for at dette spiller en viktig og avgjørende rolle i pasientens liv.

Hovedfokuset i denne oppgaven vil være relasjonen mellom sykepleier og pasient og ivaretagelse av åndelige behov. Begrepet åndelig vil bli gjort rede for og utdypet i teoridelen.

2 Metode

I dette kapittelet vil metode og vitenskapsteori bli gjort rede for. Deretter vil fremgangsmåten for litteratursøket presenteres, etterfulgt av kildekritikk. Til slutt nevnes etiske overveielser i oppgaven.

2.1 Vitenskapsteori

En metode er et redskap som forteller oss noe om hvordan vi bør gå frem for å samle inn gode data. Hensikten med å samle inn gode data er at vi skal kunne svare på den aktuelle problemstillingen som er valgt, og derfor må valg av metode planlegges og vurderes nøye (Dalland, 2014, s. 112).

Kvantitativ og kvalitativ metode er to ulike måter å samle inn data på. Kvantitativ metode gir oss data som er målbare, gjennom for eksempel tall, mens den kvalitative metoden gir oss data om menneskers meninger, erfaringer og beskrivelser som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2014, s. 112). I denne oppgaven er det tilstrebet å inkludere kvalitative forskningsartikler som gir oss informasjon om både sykepleier og pasienters opplevelser og erfaringer knyttet til ivaretagelse av åndelige behov.

For å oppnå en helhetlig forståelse er det inkludert kunnskap fra både naturvitenskapelige og humanvitenskapelige tradisjoner. Naturvitenskapelig kunnskap forklarer det fysiologiske som skjer i kroppen under sykdomsprosesser (Dalland, 2014, s. 51). Det kan gi oss informasjon om hvordan kreft utvikler seg og påvirker kroppen. Humanvitenskapelig kunnskap hjelper oss å forstå den andre gjennom beskrivelser av opplevelser og erfaringer (Dalland, 2014, s. 56). Det kan gi oss informasjon om erfaringer og opplevelser knyttet til ivaretagelse av åndelige behov. Det vurderes som helt vesentlig å inkludere både naturvitenskapelig og humanvitenskapelig kunnskap for å få et sammensatt bilde og for å kunne svare på den aktuelle problemstillingen.

2.2 Litteraturstudie

Metoden som er anvendt i denne oppgaven er litteraturstudie. I en litteraturstudie tar man utgangspunkt i litteratur som allerede er samlet inn og gått kritisk gjennom av noen andre. Hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren en oppdatert og god forståelse på det man etterspør i problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 80). Ettersom det allerede finnes atskillig litteratur og forskning om det åndelige, vurderes litteraturstudie som en god og hensiktsmessig metode å ta i bruk.

2.3 Litteratursøk

Etter at temaet for oppgaven var bestemt, måtte det formuleres en interessant og avgrenset problemstilling. For å gjøre problemstillingen så presis som mulig, ble det utformet et PICO-skjema. Det er en form for søkestrategi ved at man deler opp problemstillingen i ulike deler for å gjøre den lettere søkbar (Thidemann, 2015, s. 86). Før man utfører et litteratursøk er det hensiktsmessig å tydeliggjøre og avgrense litteraturen ved å sette opp inklusjons- og eksklusjonskriterier (Thidemann, 2015, s. 84).

Inklusjonskriteriene for oppgaven er kreftpasienter i palliativ fase, hjemmeboende, åndelig, eksistensiell og menn og kvinner over 18 år. Forskningsartiklene må være både norsk og engelskspråklig, og overførbare til norske forhold. Videre er det lagt vekt på at artiklene er fagfellevurdert, som vil si at de er vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet før publisering (Dalland, 2014, s. 78). Til slutt er det viktig at artiklene ikke er eldre enn 10 år, da hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren en oppdatert og god forståelse på problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 79).

Eksklusjonskriterier i oppgaven er pasienter med en annen diagnose enn kreft, pasienter som bor på palliativ institusjon og barn. Forskningsartikler som ikke er overførbare til norske forhold og som i tillegg ikke er fagfellevurdert, er ekskludert. Artikler som er eldre enn 10 år er også ekskludert fra oppgaven.

Etter at inklusjonskriteriene og eksklusjonskriteriene for søket var satt opp, startet søkeprosessen. For å effektivisere søkeprosessen, ble det på forhånd utviklet en

søkestrategi. Søkestrategi handler om å bestemme søkeord og kombinasjoner av ulike søkeord til søk i ulike databaser (Thidemann, 2015, s. 87).

Søkeordene som ble brukt i søkeprosessen var «spirituality», «community health service», «patient», «nurse», «nurse-patient», «advanced cancer», «palliative care», «communication» og «end of life care», «end of life», «existential» og «spiritual training». Ulike kombinasjoner av søkeordene ble kombinert med AND, for å innsnevre søket (Thidemann, 2015, s. 88).

I **Svemed+** ble søkeordene «spirituality», «community health service» og «nurse» kombinert med AND, noe som resulterte i 7 forskningsartikler. Forskningsartikkelen «Sammen går vi døden i møte» (Molnes, 2015) ble valgt ut.

I **Pubmed** ble søkeordene «spirituality», «nurse», «end of life care», «palliative care», «patient» og «spiritual training» kombinert med AND, noe som resulterte i 24 treff. Forskningsartikkelen «Meeting patients spiritual needs during end of life care: A qualitative study of nurses and healthcare professionals perceptions of spiritual care training» (O'Brien, Kinloch, Groves & Jack, 2019) ble valgt ut.

I **Cinahl** ble søkeordene «nurse patient», «nurse», «communication» og «advanced cancer» kombinert med AND, som resulterte i 13 treff. Forskningsartikkelen «Patients perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer» (Stajduhar, Thorne, McGuinness & Kim-Sing, 2010) ble valgt ut.

I **Academic Search** ble søkeordene «communication», «end of life care», «nurse» og «existential» kombinert med AND, som resulterte i 8 treff. Forskningsartikkelen «Communication about existential issues with patients close to death-nurses reflections on contact, process and meaning» (Strang, Henoeh, Danielson, Browall & Melin-Johansson, 2014) ble valgt ut.

For å finne frem til de aktuelle forskningsartiklene leste jeg først gjennom sammendraget/abstractet til artiklene som fanget min interesse. Alle forskningsartiklene er satt opp i forhold til IMRAD-strukturen, som er den mest brukte malen for oppbygging og struktur av hver enkelt artikkel. Denne strukturen gjør det lettere å orientere seg i ukjente tidsskrifter (Dalland, 2014, s. 80). Artiklene som jeg anså som relevant for oppgaven ble

deretter hentet i fulltekst gjennom å bruke bibliotekets søketjeneste Oria. Jeg leste også gjennom artiklenes litteraturliste for å se om det var noe relevant jeg kunne inkludere i oppgaven. Artiklene ble deretter oversatt og analysert nøye.

For å finne frem til annen relevant litteratur, har jeg benyttet pensumlisten fra alle tre årene på studiet. Det er i tillegg supplert med annen relevant litteratur fra biblioteket på VID, nasjonale og yrkesetiske retningslinjer og lover. Det er videre tilstrebet å anvende primærlitteratur i oppgaven for å unngå andres eventuelle feiltolkninger (Dalland, 2014, s. 87). Eksempler på primærlitteratur som er benyttet i oppgaven er «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» (Travelbee, 2001), «Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling» (Reitan & Schjølberg, 2017), «Palliasjon» (Kaasa & Loge, 2016), «Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter» (Fjørtoft, 2016) og «Kommunikasjon i relasjoner» (Eide, 2017).

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er metoder som brukes for å vurdere og karakterisere om en kilde er pålitelig eller ikke. Gjennom kildekritikk skal man vise at man er i stand til å forholde seg kritisk til de kildene man har benyttet (Dalland, 2014, s. 73).

Forskningsartiklene i oppgaven er valgt ut på bakgrunn av problemstillingen, noe som innebærer en risiko for at jeg har tolket artiklene på en annen måte enn forfatterne. Artiklene er i tillegg kvalitative og innebærer derfor preg av forfatterens egen tolkning. Det må også tas forbehold om at det kan ha oppstått mistolkninger i oversettelsesarbeidet av de engelske artiklene på grunn av min egen språkforståelse.

Videre er alle artiklene fagfellevurdert, som vil si at de er vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet før publisering (Dalland, 2014, s. 78). De er også kritisk vurdert og sett opp mot helsebibliotekets sjekkliste for vurdering av kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2016). Det kan likevel tenkes at det kan oppstå uriktighet i kvalitetssikringen, ettersom det er menneskelig å gjøre feil.

Kildekritikk ved studien til Molnes (2010) er at det bare er 10 respondenter fra tre ulike distrikt i Norge. Det innebærer at resultatene nødvendigvis ikke samsvarer med erfaringene til resten av befolkningen. Videre i studien til Stajduhar (mfl., 2010) er noen av

respondentene intervjuet i fokusgrupper, noe som kan medføre at en holder tilbake relevant informasjon. Studien er utført i Canada, men jeg ser på informasjonen som relevant og overførbart til norske forhold. Respondentene i studien til Strang (mfl., 2013) kan også ha blitt påvirket gjennom grupperefleksjoner, ved at en holder tilbake relevant informasjon. Noen av respondentene jobbet i tillegg på sykehus og palliativ enhet, og resultatene er nødvendigvis ikke overførbart til hjemmesykepleien. Videre i studien til O'Brien (mfl., 2018) kan resultatene ha blitt preget av at noen av respondentene hadde videreutdanning i palliasjon og kreftsykepleie. Selv om studien er utført i England, har den interessante momenter som jeg ser på som overførbart til norske forhold.

I oppgaven er det i tillegg supplert med sekundærlitteratur. Bruk av sekundærlitteratur innebærer en risiko for feiltolkninger og unøyaktigheter, ettersom teksten er gjennomgått av andre (Dalland, 2014, s. 87).

2.5 Ethiske overveielser

Denne litteraturstudien er skrevet i henhold til VID vitenskapelig høgskole sine retningslinjer for bachelorskriving (VID, 2019). Kildehenvisning er basert på skrivestilen APA 6th og jeg har referert til kilder på en korrekt og oversiktlig måte. Forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven er i tillegg etisk overveid og taushetsplikten er overholdt. Pasientgruppen i denne oppgaven er sårbar, da jeg tar for meg mennesker som er alvorlig syk i livets slutfase. Det er derfor spesielt viktig at forskningsretningslinjene er ivaretatt.

3 Teori

I dette kapittelet vil det bli gjort rede for pasientgruppen i oppgaven. Deretter vil begrepet åndelig bli gjort rede for, i tillegg til aspekter ved å arbeide i andre sitt hjem. Til slutt vil bakgrunn for sykepleieteori og redegjørelse av denne bli presentert.

3.1 Pasienter med kreft i en palliativ fase

3.1.1 Kreft

Kreft oppstår som følge av feil i celledelingen i kroppen, ved at cellene begynner å dele seg ukontrollert og ikke utfører de oppgavene som friske celler ellers ville ha gjort. Etter hvert som cellene fortsetter å dele seg ukontrollert, vil det bli et flertall av kreftceller i organet hvor celledelingen først startet. Disse kreftcellene vil over tid utvikle seg til å bli en kreftsvulst (Lorentsen & Grov, 2016, s. 399). Det kan ta lang tid før denne blir oppdaget.

Det kan være mange grunner til at en celle begynner å dele seg ukontrollert. Det kan være arvelig disposisjon, men det kan også være livsstil og miljø som spiller en avgjørende rolle. Det er nødvendig med en tilstrekkelig utredning for å gi pasienten riktig behandling og pleie (Kvåle, 2002, s. 20). Kirurgi, cytostatikabehandling og strålebehandling er blant de vanligste behandlingsformene for kreft (Lorentsen & Grov, 2016, s. 399). Behandlingen vil enten være kurativ, som har til hensikt å helbrede pasienten, eller palliativ, hvor hensikten er å forebygge eller lindre symptomer (Aronsen, Birkeland, Munkvik & Sjaastad, 2010, s. 21).

Å få en kreftdiagnose er i seg selv en belastning, og belastningen blir enda større hvis man får vite at kreftsykdommen er inkurabel (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 41). Det innebærer at pasienten må forholde seg til mange utfordringer samtidig. I tillegg til kroppslige plager som sykdommen og behandlingen fører med seg, oppstår det også åndelige utfordringer og behov. Dersom ikke sykepleieren møter og ivaretar disse behovene, vil de forbli i taushet, noe som kan føre til en ekstra belastning for pasienten (Sæteren, 2017b, s. 224).

3.1.2 Palliativ fase

Den palliative fasen inntreffer når det ikke lenger finnes behandling som kan gjøre pasienten kreftfri. Denne fasen kalles også for den lindrende fasen hvor hovedfokuset er å forebygge og lindre symptomer samt ivareta pasientens psykiske, sosiale og åndelige behov for å oppnå best mulig livskvalitet (Kaasa & Loge, 2016, s. 41). Pasienter i palliativ fase har antatt forventet levetid mindre enn 9-12 måneder. Fasen har verken til hensikt å fremskynde eller utsette døden, men å hjelpe og støtte pasienten til å leve så aktivt som mulig frem til døden inntreffer (Helsedirektoratet, 2015).

Pasienters forståelse av sin egen sykdom har betydning for hvordan en håndterer sykdommen og hvordan dette påvirker det videre sykdomsforløpet (Finset, 2016, s. 65). Det er stor variasjon mellom pasienter som befinner seg i palliativ fase. Hverdagen og hverdagslige aktiviteter er ofte endret, muligheten for sosialt liv er begrenset og yrkesliv er ofte ikke mulig. Kroppen er i tillegg ofte preget av sykdom og behandling (Hirsch & Røen, 2016, s. 317).

For å få innsikt i pasientens opplevelse og forståelse, innebærer det å kommunisere med pasienten. På den måten kan en kartlegge pasientens preferanser, involvere pasienten i beslutninger og åpne opp for refleksjoner sammen med pasienten (Helsedirektoratet, 2015). Pasienten skal i størst mulig grad og på sine premisser bli involvert i beslutninger som omhandler behandling, pleie og omsorg. Det innebærer at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter (Kaasa & Loge, 2016, s. 46).

I tillegg til gode kommunikasjonsferdigheter forutsetter det også at sykepleieren har bred kunnskap - både om kreftsykdommen og om palliasjon. Palliasjon praktiseres på alle områder og nivåer i helsetjenesten, og denne kunnskapen bør derfor komme inn i grunnutdanningen (Helsedirektoratet, 2015). Ettersom en i tillegg forventer en økning i antall krefttilfeller i fremtiden, forutsetter det at sykepleiere kontinuerlig oppdaterer nødvendig kunnskap (Kaasa & Loge, 2016, s. 47).

3.2 Åndelige behov

Det åndelige er et begrep som har vid betydning og som inngår som en del av helhetlig sykepleie. Det er noe som berører det indre i oss og som kommer til uttrykk i møte med andre. Det innebærer ofte å ta for seg de store spørsmålene i livet som gir mennesket håp, styrke, gnist, mening, fred og indre ro (Giske & Cone, 2019, s. 12).

For noen mennesker kan dette omhandle forholdet til seg selv eller andre, naturen eller religion. Giske & Cone (2019, s. 13) beskriver videre at det åndelige i tillegg inkluderer eksistensielle spørsmål om døden, lidelse, skyld, skam og tilgivelse. Disse spørsmålene dukker ofte opp i møte med sykdom og kriser (Giske & Cone, 2019, s. 20). Det åndelige har tradisjonelt blitt knyttet til det religiøse, men ved å se det eksistensielle i sammenheng, signaliseres det at det åndelige er noe mer enn det religiøse (Sæteren, 2017a, s. 288).

Det kan tenkes at å få en kreftdiagnose vil kunne vekke frem visse følelsene i oss. Kreft blir ofte assosiert med død, lidelse og smerte som utgjør en trussel mot menneskers opplevelse av mening. Tanken på døden og det å forlate sin nærmeste kan derfor skape uro. Hvordan pasienter møter disse forholdene vil variere fra pasient til pasient, avhengig av personlighet, tidligere opplevelser av tap, relasjon til pårørende, kjønn, alder og tro (Hirsch & Røen, 2016, s. 317).

Kvaliteten på ivaretagelsen vil ha stor betydning for hvordan pasienten opplever at åndelige behov blir ivaretatt. Dersom pasienten opplever at sykepleieren er til stede, har evne til å lytte, har mot til å være nær og evne til å la seg berøre, kan pasienten fortelle om sin lidelse (Lorentsen & Grov, 2016, s. 419). For at sykepleier skal møte disse pasientene stilles det krav om personlig kompetanse, samt gode kommunikasjonsferdigheter (Sæteren, 2017a, s. 296)

3.3 Å arbeide i andre sitt hjem

Hjemmesykepleien er et tilbud til alle som har behov for helsehjelp hjemme når sykdom, helse og livssituasjon tilsier at de har behov for hjelp. Hovedfokuset er at den enkelte skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem og at den enkelte skal få bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig (Fjørtoft, 2016, s. 17).

Etter at samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012, ble kommunene gitt et større ansvar for helse-og omsorgstjenestene til befolkningen enn før. I St. Meld nr 47. (2008-2009) fremkommer det som et viktig mål at pasienten skal få riktig hjelp, til riktig tid og på riktig sted (Regjeringen, 2008). Noen ønsker å være hjemme i kjente og trygge omgivelser, og det skal legges til rette for at alvorlige syke og mennesker i livets slutfase skal kunne velge hvor de vil tilbringe den siste tiden (Fjørtoft, 2016, s. 17). Som følge av samhandlingsreformen har kommunene også blitt ilagt nye arbeidsoppgaver og en økning i antall pasienter. Pasienter blir i tillegg utskrevet fra sykehus tidligere enn før, noe som betyr at pasientene har behov for omfattende pleie og oppfølging hjemme (Fjørtoft, 2016, s. 20). Dette stiller igjen høye krav til effektivisering som fører til tidspress.

Når sykepleien utøves i andre sitt hjem vil det kunne by på både muligheter og begrensninger. Det er først og fremst viktig å ha kjennskap til betydningen av et hjem før man kommer hjem til pasienten. Et hjem danner rammene for livet vårt og er et sted hvor vi føler oss trygge. Hjemmet er preget av vaner og rytmer som gjenspeiler våre egne verdier (Fjørtoft, 2016, s. 27). For de fleste mennesker er hjemmet noe som er personlig og privat, noe som innebærer at sykepleieren befinner seg i grenseland når en arbeider i andre sitt hjem (Fjørtoft, 2016, s. 31). Det er derfor spesielt viktig at sykepleieren er ydmyk i sitt møte med pasienten og viser respekt for hjemmet. Hjemmet gir oss samtidig en unik mulighet til å bli kjent med pasienten på et mer personlig plan (Birkeland & Flovik, 2018, s. 54). Det er viktig at sykepleieren finner en balanse og ikke tråkker over grenser slik at pasienten føler seg krenket.

3.4 Travelbees sykepleieteori

Jeg har valgt Joyce Travelbees sykepleieteori som teoretisk fundament i oppgaven.

Bakgrunnen for valg av teori er at den fokuserer på interaksjonen mellom sykepleier og pasient gjennom ulike faser, noe jeg ser på som helt vesentlig for at sykepleier skal kunne ivareta pasientens åndelige behov.

Joyce Travelbee sin sykepleierteori tar for seg sykepleie som en mellommenneskelig prosess mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren sin oppgave i denne prosessen er å hjelpe pasienten med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og om mulig finne mening i disse (Travelbee, 2001, s. 29).

For at sykepleier skal kunne klare dette hjelpe, forutsetter det at sykepleieren evner å bruke seg selv terapeutisk i møte med pasienten. Å bruke seg selv terapeutisk går ut på at sykepleieren bevisst bruker sine personlige egenskaper og kunnskaper med sikte på å fremme forandring hos pasienten. Denne forandringen betraktes som terapeutisk når den lindrer pasientens plager (Travelbee, 2001, s. 44). For at sykepleieren skal kunne bruke seg selv terapeutisk, er også eget syn på sykdom og lidelse og åndelige verdier avgjørende for i hvilken grad en klarer å møte pasientens behov (Travelbee, 2001, s. 22).

Videre legges det vekt på at et hvert individ er unikt med personlige egenskaper. Det tas sterk avstand fra å bruke begreper som «sykepleier» og «pasient», da det fører til en stereotypotisering som tar overhånd og overskygger menneskers ekte kvaliteter (Travelbee, 2001, s. 172). Et menneske-til-menneske-forhold eksisterer bare mellom unike individ, og det stiller krav til både pasienten og sykepleieren om å være personlig og ekte i sitt møte med hverandre.

Et menneske-til-menneske-forhold er et mål som bygger seg opp i løpet av tid mellom sykepleier og pasient. Både pasienten og sykepleieren deler sine erfaringer og opplevelser gjennom samtaler og opprettholder denne kontakten (Travelbee, 2001, s. 171). For å bygge opp et menneske-til-menneske-forhold har Travelbee delt prosessen inn i 5 forskjellige faser.

Den første fasen tar for seg **det innledende møtet**. I denne fasen møter sykepleier og pasient hverandre for første gang. Begge parter vil i løpet av møtet observere hverandre, gjøre seg opp noen meninger og antakelser om den andre, som danner grunnlaget for videre samhandling (Travelbee, 2001, s. 186). Det første møtet vil ofte være preget av rollefordeling, ved at sykepleier vanligvis ser på seg selv som «sykepleier» og pasient som «pasient», og ikke som unike individer. Det er først når begge parter begynner å betrakte hverandre som unike individer at disse rollene bortfaller (Travelbee, 2001, s. 187).

Den andre fasen tar for seg **fremvekst av identiteter**. Etterhvert som en begynner å betrakte hverandre som unike individer med personlige egenskaper, vil begges identiteter og personlighet komme frem i lyset. Den andre betraktes i mindre grad som en «rolle» og i større grad av egen identitet (Travelbee, 2001, s. 188).

Den tredje fasen tar for seg **empatifasen**. Empati er evnen til å leve seg inn i eller ta del i den andres tilstand. Det er en følelse av å være sammen om noe, samtidig som det er to ulike personer og opplevelser. I empatifasen blir man oppfattet og anerkjent som et unikt individ og begge parter erkjenner at det formidles noe som er meningsfullt (Travelbee, 2001, s. 193). Det er viktig at partene har opparbeidet seg tillit seg imellom for å kunne føle empati for noen.

Den fjerde fasen tar for seg **sympati og medfølelse**. Det er en videreutvikling av empati som kommer frem i lyset når sykepleier har et grunnleggende ønske om å lindre pasientens lidelse og plager. Gjennom sympati og medfølelse blir sykepleier i bedre stand til å forstå pasientens plager og opplevelser samtidig som en har et ønske om å hjelpe (Travelbee, 2001, s. 200). For at sympati og medfølelse skal forekomme i møte mellom sykepleier og pasient, forutsetter det at begge parter er personlig involvert og ærlig.

Den femte fasen tar for seg **forståelse og kontakt** og er den siste fasen i etablering av et menneske-til-menneske -forhold. Gjensidig forståelse og kontakt er noe som oppleves når sykepleier og pasient har gått gjennom en prosess gjennom ulike faser (Travelbee, 2001, s. 211). For å nå frem til forståelse og kontakt, må sykepleier utføre handlinger som lindrer pasientens plager, og som ikke gjør vondt verre.

Til tross for at Travelbee tar sterk avstand fra begrepene «sykepleier» og «pasient», vil disse likevel bli brukt videre i oppgaven, ettersom det er velkjente begreper som vi har lært å kjenne gjennom sykepleierstudiet og som brukes i dagliglivet. Det vil også bidra til å tydeliggjøre rollene for leseren.

4 Presentasjon av forskningsartiklene

I dette kapittelet vil forskningsartiklene som er inkludert i oppgaven bli presentert.

4.1 Artikkel 1

«Sammen går vi døden i møte» (Molnes, 2015).

Denne kvalitative studien tar for seg datainnsamling ved hjelp av halvstrukturerte, individuelle intervjuer. Respondentene i studien var 10 sykepleiere som jobbet i hjemmesykepleien i tre ulike distrikt i Norge. Målet med studien var å undersøke sykepleiernes erfaringer med ivaretagelse av åndelige behov hos hjemmeboende kreftpasienter.

Funnene i studien viser at respondentene synes det er utfordrende å snakke med pasienter om åndelige behov grunnet manglende kompetanse og tid. Flere av respondentene forbinder det åndelige med det religiøse, og mener dette er tabu å ta opp i pasientens hjem. Respondentene var mer komfortabel med å henvise til prest istedenfor å gå inn i disse samtalene selv. Respondentene beskriver videre et ønske om veiledning for å snakke om det åndelige.

Studien konkluderer med at det er viktig å møte pasienters åndelige behov, selv om disse samtalene beskrives som utfordrende og vanskelig. Det krever mot og kompetanse av sykepleierne å stå i slike situasjoner.

4.2 Artikkel 2

**«Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer»
(Stajduhar mfl., 2010).**

Denne kvalitative studien fra Canada tar for seg datainnsamling ved hjelp av individuelle intervjuer. Respondentene i studien er pasienter med en alvorlig kreftdiagnose i palliativ fase. 18 respondenter ble intervjuet individuelt, og 16 respondenter ble intervjuet i fokusgrupper. Målet med studien var å undersøke hva pasientene ser på som hensiktsmessig i samtale med sykepleiere.

Funnene i studien trekker frem tid og kommunikasjonsferdigheter som aktiv lytting, direkte øyekontakt og et åpent kroppsspråk som virkningsfullt og viktig. Empati og bruk av fysisk berøring ble også trukket frem som viktige momenter for pasientene. Videre kom det frem at det første møte var det viktigste for pasientene, og det dannet grunnlaget for en etablering av relasjon. Det kom også frem at det var en trygghet for pasientene å ha én eller en liten gruppe sykepleiere å forholde seg til. Videre kom det frem at pasientene hadde forventninger til sykepleierne om å kunne snakke om åndelige behov, ettersom sykepleierne har valgt sykepleieryrket.

Studien konkluderer med at pasienter krever et høyt nivå av mellommenneskelig engasjement og innehar gode kommunikasjonsferdigheter hos sykepleierne. Det forventes også at sykepleiere er komfortable med å snakke om åndelige behov, ettersom de har valgt sykepleieryrket.

4.3 Artikkel 3

«Communication about existential issues with patients close to death – Nurse's reflections on content, process and meaning» (Strang mfl., 2014).

Denne kvalitative studien tar for seg datainnsamling gjennom 5 gruppe-refleksjonsøker. Respondentene i studien var 98 sykepleiere fra sykehus, palliativ enhet og hjemmesykepleien. Studien ble gjennomført i Sverige. Målet med denne studien var å få en beskrivelse av sykepleiernes refleksjoner knyttet til eksistensielle spørsmål i sin kommunikasjon med pasienter i palliativ fase.

Funnene i studien viser at sykepleiere synes det er viktig å kommunisere med pasientene om det eksistensielle, men at de trenger veiledning på dette. Ifølge sykepleierne har pasienter ofte mange bekymringer knyttet til sykdommen, døden, frykt og håp for fremtiden, og de har behov for å prate. Sykepleierne beskrev disse samtalene som energikrevende og angstløsende hos en selv. Videre ble momenter som aktiv lytting, bruk av åpne spørsmål, bruk av taushet og humor beskrevet som viktige virkemidler.

Studien konkluderer med at det er viktig, men utfordrende å kommunisere med pasienter om det eksistensielle. Det var tydelig fra denne studien at det å ha mot til å være til stede, bekrefte og anerkjenne følelser, sette av tid og ikke prøve å "løse" alle eksistensielle problemer, var de viktigste faktorene i samtaler med pasientene.

4.4 Artikkel 4

«Meeting patient's spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training» (O'Brien mfl., 2019).

Denne kvalitative studien tar for seg datainnsamling ved hjelp av semistrukturerte intervjuer etter et tre måneders åndelig opplæringsprogram. Respondentene var 21 sykepleiere fra England som jobbet på sykehus, sykehjem, hjemmesykepleien og palliativ enhet. Målet med studien var å utforske sykepleiernes oppfatning av det åndelige, og virkningen av å trene på å ivareta åndelige behov hos pasienter.

Funnene i studien viser at opplæringsprogrammet ga sykepleierne økt kunnskap om hva som ligger i begrepet åndelig, hva som kjennetegner det åndelige og hvordan støtte pasientens åndelige behov. Noe som ble trukket frem som viktig i studien var at sykepleierne fikk økt kunnskap om hva som betyr noe for de enkelte, og betydningen av gode kommunikasjonsferdigheter.

Studien konkluderer med at det er viktig å støtte pasienten i livets slutfase og ivareta deres åndelige behov. For å kunne gi pasienten helhetlig omsorg, er det viktig å ha nok kunnskap om hva det åndelige innebærer, samtidig som en innehar gode kommunikasjonsferdigheter.

Oppsummering av funnene i forskningsartiklene

Felles for alle artiklene er at ivaretagelse av åndelige behov blir beskrevet som utfordrende og krevende. Dette begrunnes med manglende kompetanse og ferdigheter hos sykepleierne, der både begrepet åndelig og kommunikasjon rundt temaet blir trukket frem som utfordrende. Det trekkes også frem at tid er en utfordring og at åndelige behov ofte blir nedprioritert.

5 Drøfting

I dette kapittelet vil problemstillingen drøftes i lys av relevant teori og forskningsartikler. Drøftingen er delt inn i sentrale underoverskrifter for å få en systematisk oversikt over temaet. Til slutt vil oppgaven avsluttes med en konklusjon.

5.1 Å etablere en relasjon

Forutsetningen for å kunne ivareta åndelige behov hos pasienter er at det er etablert en relasjon mellom sykepleier og pasient som bygger på tillit (Hirsch & Røen, 2016, s. 318). Tillit er grunnleggende i kommunikasjon, og å vise tillit innebærer at man har evne til å slippe kontrollen og gi fra seg makt. Det er noe gjensidig i tillit ved at man våger seg inn i noe ubestemt sammen (Eide, 2017, s. 26). Når pasienter viser sykepleier tillit er det på basert på en antagelse om at man får den hjelpen man trenger (Eide, 2017, s. 27). Det forutsetter at sykepleier har et ønske om å bistå pasienten til å mestre sykdom. Det er imidlertid ikke nødvendigvis samsvar mellom å ønske og å evne dette overfor pasienten. Pasienter er forskjellige, og det kan være utfordrende å involvere pasienten i forhold til sin egen sykdom. Kanskje pasienten mener at ikke hjelpen er tilstrekkelig, og det kan bli krevende for sykepleier både å etablere og opprettholde tilliten fra pasienten.

Ifølge Travelbee (2011, s. 186) er det første møtet viktig for å etablere en relasjon. I dette møtet vil både sykepleier og pasient danne seg et inntrykk av hverandre gjennom observasjon, som fører til at en gjør seg opp noen antakelser og meninger. Antakelsene og meningene om den andre vil vekke frem følelser i oss som en bringer med seg videre i relasjonen (Travelbee, 2001, s. 187). Det første møtet blir i studien til Stajduhar (mfl., 2010) beskrevet av pasienter som helt avgjørende for videre interaksjon. Pasientene beskrev det som viktig at sykepleierne var aktiv og engasjert, og at dette fikk dem til å føle seg prioritert og sett. Dette samsvarer med det som er nevnt om å skape tillit.

Videre beskriver pasientene verdien av å ha én eller en liten gruppe sykepleiere å forholde seg til.

I hjemmesykepleien har samhandling mellom pasient og sykepleier en tendens til å bli mer personlig og uformell, og en blir ofte godt kjent med pasienten ettersom en arbeider i pasientens hjem, ofte over tid (Fjørtoft, 2016, s. 39). Ifølge Travelbee (2011, s. 171) vil et menneske-til-menneske-forhold kunne bygge seg opp i løpet av en tid, ved at sykepleier og pasient går gjennom ulike faser sammen, og det kan derfor tenkes at det vil være betryggende for pasienten å forholde seg til de samme personene over tid.

På den andre siden så kan det være ugunstig for pasienten å forholde seg til de samme personene dersom forventningene ikke samsvarer mellom pasient og sykepleier. Dersom sykepleieren ikke interesserer seg for pasienten, vil dette komme til uttrykk, enten med ord eller via kroppsspråk, og pasienten vil kunne reagere tilsvarende (Travelbee, 2001, s. 137). Også hvis sykepleieren ikke evner å kommunisere på en tillitvekkende måte, kan dette påvirke relasjonen til pasienten. Dette kan føre til at pasient og sykepleier blir støtt bort fra hverandre og det blir vanskelig å både etablere og videreutvikle en god relasjon, som er nødvendig.

Relasjonen mellom sykepleier og pasient er i tillegg preget av asymmetri ved at sykepleieren innehar en maktposisjon overfor pasienten i rollen som sykepleier. Det kan føre til at pasienten føler seg umyndiggjort og ikke tatt på alvor av sykepleieren (Damsgaard, 2010, s. 64). Makten man har som helsepersonell kan være langt sterkere enn man tror. Noen sykepleiere føler kanskje ikke selv at de har makt, eller tvert i mot føler seg som den «underlegne» parten i et pasient-sykepleier forhold (Eide, 2017, s. 26).

Å tre inn i roller, som for eksempel pasient og sykepleier, er noe som Travelbee (2011, s. 171) tar sterk avstand fra. Som nevnt tidligere, mener hun at disse stereotyperingene vil skygge for menneskers særegne kvaliteter. Likevel vil det første møtet mellom sykepleier og pasient vil være preget av roller, ved at sykepleier ser på seg selv om sykepleier og pasient ser på seg selv som pasient. Det er først når sykepleier og pasient begynner å betrakte hverandre som unike individ, at disse rollene faller vekk (Travelbee, 2001, s. 187). Det er viktig at sykepleier er bevisst på denne fallgruven i forkant og tør å være personlig i møte med pasienten (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 91). Når rollene begynner å falle vekk, vil pasient og sykepleier kunne gå videre til neste fase som er fremvekst av identitet, hvor individenes identitet kommer til syne. Det kan synes problematisk å tre ut av den

profesjonelle rollen som sykepleier når man står overfor en pasient i en palliativ fase, sett i lys av at sykepleieren skal være den som skal hjelpe pasienten til å mestre sin sykdom.

I hjemmesykepleien legges det for øvrig vekt på at hver pasient har en primærkontakt som fungerer som en kontaktperson. Primærkontakten har ansvar for å følge opp

tjenestetilbudet som pasienten mottar og å ivareta den faglige kvaliteten og kontinuiteten.

Til tross for at hver pasient har en primærkontakt, vil det likevel være flere som utfører pleien på grunn av mangelfulle ressurser i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 210).

Pasientene vil derfor oppleve variasjon i hvem som kommer hjem til dem. Dette erfarte jeg selv i praksisperioden i hjemmesykepleien. Noen dager gikk man til de samme pasientene som en hadde dannet en relasjon med, mens andre ganger kom man til noen totalt ukjente. Dette kan derfor bidra til en uforutsigbarhet og utrygghet for pasienten, som kan redusere relasjonen til sykepleier, og i neste omgang føre til utfordringer også med tanke på å ivareta pasientens åndelige behov.

I studien til Molnes (2010) beskrev sykepleierne at det var utfordrende å jobbe i andre sitt hjem. Flere av sykepleierne kjente på at pasientene hadde høye forventninger til dem. Å komme hjem til noen er på den andre siden en unik måte å bli kjent med pasienten på. I hjemmet får sykepleier et godt innblikk i hvem pasienten er. Dette ved å se etter spor og verdier som forteller oss noe om hvem denne er. Det kan for eksempel være bilder på veggen eller andre gjenstander i huset (Fjørtoft, 2016, s. 37). Dette kan være et godt utgangspunkt for samtale, som igjen gir mulighet til å danne en relasjon med pasienten. I tillegg kan tryggheten pasienten har i sitt egen hjem være godt også for sykepleieren, selv om de beveger seg innenfor pasientens sfære og må forholde seg til ulike hjemmearenaer.

I studien til Stajduhar (mfl., 2010) beskrev pasientene det som virkningsfullt og betryggende når de måtte forholde seg til en ny sykepleier som allerede hadde kunnskap om dem og som aktivt stilte spørsmål for å bli enda bedre kjent. Det gjorde at pasientene fikk en følelse av at sykepleieren hadde lagt ned en innsats ved å forberede seg i forkant. Dette viser igjen verdien av gode forberedelser samt å dokumentere. Ifølge helsepersonelloven (1999) kapittel 8, § 39 står det nedfelt at den som yter helsehjelp har plikt til å registrere opplysninger om den enkelte pasient (Helsepersonelloven, 1999). Det er viktig at sykepleier

overholder dette og prioriterer det, spesielt med tanke på å henlede oppmerksomheten på de åndelige behovene.

5.2 Å snakke om åndelige behov

I studien til Strang (mfl., 2013) beskriver sykepleierne at det var deres ansvar og legge til rette for samtale med pasienter om deres åndelige behov. Derimot beskriver sykepleierne i studien til Molnes (2010) at sykepleiere sjeldent tok initiativ til å samtale rundt åndelige behov. Sykepleierne følte seg mer komfortabel med å henvise til prest for å samtale med pasienten om åndelige behov. Samtidig følte sykepleierne at de hadde «gitt opp» pasienten ved å kontakte prest, istedenfor å gå inn i samtalen selv. Sykepleierne beskrev at de vegret seg for å gå inn i disse samtaler selv, fordi de var redd for å «gjøre vondt verre». Dette kan tyde på en usikkerhet på hva som kan defineres som åndelig, og at det kan innbefatte flere eksistensielle perspektiver som kan være utfordrende å ta initiativ til å samtale om.

Det som var felles ved studien til både Molnes (2010), O'Brien (mfl.,2018) og Strang (mfl.,2013) er at sykepleierne beskrev at de manglet kompetanse og ferdigheter for å snakke om åndelige behov. Ifølge Hirsch & Røen (2016, s. 318) er det helt essensielt at sykepleiere har gode kommunikasjonsferdigheter samt kunnskap om åndelige behov, for å kunne ivareta pasienters åndelige behov. I studien til Molnes (2010) beskriver flere av sykepleierne at de forbinder det åndelige med det religiøse. En av sykepleierne i studien sa følgende:

Det er alltid vanskelig, jeg gruer meg alltid for å komme på banen med det, for her kommer sykepleieren og skal dytte på meg Gud, Jesus og mye annet. Det føler jeg, og det gruer jeg meg alltid på. Men så vet jeg at man spør som regel for lite enn for mye, så får du ett svar da, så vet du i hvert fall, og det kan variere og det kan forandre seg. (Molnes, 2010, s. 146).

Et slikt utsagn bekrefter nettopp den manglende kunnskapen om og kompetansen på å kommunisere om åndelige behov. Selv om dette er et tema vi lærer å kjenne i løpet av studieforløpet, kan det tyde på at dette ikke gir nok grunnlag for alle sykepleiere. Det kan også være tilfeller hvor sykepleieren kan være påtrengende i sin samtale omkring åndelige tema, og dette kan komme i konflikt med pasientens egentlige behov.

Det ble videre i studien til Molnes (2010) diskutert hva som er akseptabelt å ta opp hjemme hos pasienten versus sykehus. Når man er hjemme hos pasienten, så er det viktig at man trår varsomt så man ikke trækker over noen grenser og krenker pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 27). Ettersom mange forbinder det åndelige med det religiøse, vil dette kunne være et tabubelagt tema å ta opp. Å krenke pasienten er ikke akseptabelt, men å stille åpne spørsmål som kan bidra til at pasienten setter ord på sine tanker, kan tvert imot motvirke et tabufokus.

Likeså i studien til O'Brien (mfl.,2018) var det flere av sykepleierne som uttrykte usikkerhet knyttet til begrepet åndelig. Flere av sykepleierne mente at det åndelige omhandlet religion, og at dette var tabu å snakke om. Det ble trukket frem at sykepleierne var redd for å fornærme noen ved å snakke om religion, spesielt siden det er variasjon fra kultur til kultur. Også her kan usikkerhet knyttet til ukjente kulturer være en årsak til en tilbakeholdenhet. Samtidig kan det være en grunnleggende respekt for pasientens vegring som bidrar til unnvikelse av åndelige tema.

Giske & Cone (2019, s. 12) beskriver det åndelige som noe som berører det indre i oss. Det innebærer å ta for seg det som gir mennesket håp, gnist, mening, fred i livet. For noen kan dette være relasjonen til det hellige, som for eksempel troen på Gud. For noen har denne relasjonen vært viktig gjennom hele livet og noen pasienter finner mening i å be, gjerne sammen med sykepleieren (Hirsch & Røen, 2016, s. 318). For andre kan det være relasjonen til naturen som er viktig. Betydningen av å snakke om tidligere fjellturet og opplevelser kan være stor for pasienten (Hirsch & Røen, 2016, s. 321). For noen kan musikk være en terapeutisk måte å finne fred på, likeså som å snakke om hverdagslige temaer som har betydning for den enkelte. Åndelige behov er svært individuelt og må tilpasses til den enkelte pasient.

Forutsetninger for å ivareta åndelige behov hos pasienten er at sykepleier spør seg frem til hva som er det viktigste hos den aktuelle pasienten, og legger til rette for å gjøre det pasienten kanskje ikke trodde var mulig lengre (Hirsch & Røen, 2016, s. 321). Jo bedre relasjon man har med pasienten, jo lettere vil det kunne være å ivareta de åndelige behovene til pasienten. Da må det også prioriteres for pasientens skyld.

I studien til Stajduhar (mfl.,2010) beskriver pasientene flere momenter som var viktig for dem i samtale med sykepleier. En av pasientene beskrev at å erkjenne frykt rundt sykdommen og håp for fremtiden sammen med sykepleieren, styrket relasjonen deres. Dette samsvarer med Travelbee sin teori om at sykepleier skal hjelpe pasienten med å mestre og om mulig finne mening i sykdommen sin (Travelbee, 2001, s. 29). Pasientene uttrykte videre en forventning til at sykepleieren var i stand til å snakke om åndelige behov, ettersom de hadde valgt sykepleieryrket.

Andre momenter som ble trukket frem av betydning var fysisk berøring og empati. Ifølge Travelbee (2011, s. 193) er empati evnen til å leve seg inn i den andres situasjon. I empatifasen blir man oppfattet og anerkjent som et unikt individ og begge parter erkjenner det som formidler som noe meningsfullt. Fysisk berøring ble også trukket frem som meningsfullt. Fysisk berøring er en del av ivaretagelsen av omsorg for pasientene, og det kan være et godt middel til empatisk kontakt. Det kan på den andre siden også anvendes som en maktstrategi ved at sykepleieren stiller seg i en ovenfra-og-ned-posisjon og sykeliggjør pasienten (Eide, 2017, s. 149). Her må det utarbeides en balansegang som innebærer at sykepleieren er profesjonell i sitt møte (Damsgaard, 2010, s. 60).

Humor ble også trukket frem som et godt virkemiddel i studien til Strang (mfl.,2013), men som likevel kan være til skade for pasienten. Bruk av humor kan skape kontakt og tillit og bidra til å fremme helse hos pasienten. Humor kan på den andre siden også føre til at pasienten føler seg oversett og krenket ved at sykepleier ikke tar pasientens følelser på alvor (Eide, 2017, s. 188). Humor kan bidra til økt trygghet og nærhet, men det forutsetter at det allerede foreligger en kontakt mellom pasient og sykepleier. Etterhvert som en begynner å kjenne pasienten, vil sykepleieren selv kjenne på når det er riktig tidspunkt for bruk av humor.

I studien til Strang (mfl., 2013) ble betydningen av ekte tilstedeværelse beskrevet ved aktiv lytting, bruk av åpne spørsmål for å kunne hjelpe pasienten med å bekrefte og sette ord på følelsene sine. Aktiv lytting beskriver Eide (2017, s. 117) som en grunnleggende og sammensatt ferdighet i kommunikasjon for å etablere god kontakt, vise at man hører, ser og forstår. Bruk av åpne spørsmål gir pasienten en mulighet til å dele sine egne tanker og følelser med sykepleieren (Eide, 2017, s. 118). Det kan igjen føre til at man kan hjelpe

pasienten med å sette ord på følelsene sine. Det kom samtidig frem i studien til Strang (mfl., 2013) at det var viktig at sykepleieren ikke «grep inn» for raskt og prøvde å «løse» problemene til pasienten. Taushet ble derfor sett på som viktig, men utfordrende virkemiddel. Taushet som virkemiddel kan føre til at pasienten stimuleres til å kjenne etter og reflektere, og om mulig dele disse tankene med sykepleieren (Eide, 2017, s. 118). På denne måten kan sykepleier hjelpe pasient til å mestre sykdommen sin og om mulig finne mening i den, som er den grunnleggende tanken til Travelbee (2011, s. 29). Samtidig kan det å finne en form for mening i sykdommen bli kontroversielt for noen pasienter i en palliativ fase, og det vil nok ikke alltid være lett for sykepleier å lede en samtale omkring dette.

Sykepleiere som møter kreftpasienter i palliativ fase er nok klar over at det er normalt at åndelige og eksistensielle spørsmål vil være mer eller mindre fremtredende i løpet av sykdomsperioden, slik at de gir pasienten anledning til å komme frem med sine tanker. Det er ikke nødvendigvis gitt at pasienten stiller direkte spørsmål om liv og død, men gir ut indirekte signaler. Det er viktig at sykepleier er oppmerksom og lydhør for disse signalene (Kvåle, 2002, s. 30). I studien til Strang (mfl., 2013) kom det frem at pasienter sender ut små hint, for å se hvor lydhør sykepleieren er, ofte mens sykepleieren holdt på med praktiske gjøremål. Det fører til at man nødvendigvis ikke alltid er klar til og kan forberede seg på disse samtalerne.

Å vite hvordan åndelige behov kan ivaretas på best mulig måte forutsetter kunnskap og trening. I studien til O'Brien (mfl., 2018) gjennomførte sykepleierne et opplæringsprogram om ivaretagelse av åndelige behov. Det fremkom i studien at sykepleierne fikk økt selvtillit etter å ha gjennomført opplæringsprogrammet. De fikk i tillegg økt kunnskap om hva som ligger i begrepet åndelig, og de følte seg mer trygg og kompetent på å gå inn i disse samtalerne i etterkant av opplæringsprogrammet. Dette belyser viktigheten av ferdighetstrening, som praktiseres i løpet av studieforløpet. I studien til Molnes (2010) uttrykte sykepleierne et ønske om veiledning og undervisning omkring ivaretagelse av åndelige behov.

I studien til Strang (mfl., 2010) kom det også frem at det er viktig at man følger pasientens emosjonelle tilstand dersom pasienten ikke ønsker å snakke om sine åndelige behov. Noen pasienter ønsker ikke å snakke om åndelige behov i det hele tatt, mens andre trenger tid for

å bli kjent og trygg før en samtaler om åndelige behov. Det er viktig at sykepleieren er lydhør for pasientens ønsker (Fjørtoft, 2016, s. 199). Dette på tross av egen tilbakeholdenhet, usikkerhet eller uenighet om pasientens ønsker.

5.3 Tid som en viktig faktor

Tiden sykepleiere har til disposisjon i en travel hverdag kan være en avgjørende faktor for om pasientene tør å snakke om sine åndelige behov. Mangel på tid kan være en realitet som begrenser sykepleiere til å kunne møte pasienters behov på en tilfredsstillende måte. Måten sykepleieren er til stede hos pasienten i øyeblikket, vil derfor være avgjørende. En følelse av å bli forstått og hørt kan bety mer for en pasient enn mange ord (Kvåle, 2002, s. 31).

I studien til Stajduhar (mfl.,2010) var tid noe som ble trukket frem som et viktig moment. Pasientene beskrev mangel på tid sammen med sykepleieren som et gjennomgående problem. Sykepleierne som åpenbart viste mangel på tid og tilstedeværelse ga pasientene en følelse av å være mindre viktig og avskrevet. Tid er en faktor som blir trukket frem som en styrende faktor i hjemmesykepleien. Det er en travel hverdag som fører til at en ofte ikke klarer å kunne imøtekomme pasienters behov (Fjørtoft, 2016, s. 164). Pasientene i studien til Stajduhar (mfl., 2010) var derimot klar over at sykepleiere hadde liten tid og satt derfor stor pris på når sykepleieren tok seg tid til å prate med dem. Videre ble tid beskrevet som hvordan sykepleieren i øyeblikket var aktivt til stede for dem, hadde direkte øyekontakt, et åpent kroppsspråk og som gjerne satt seg ned istedenfor å stå. Dette ga pasientene en følelse av at sykepleieren hadde all verdens tid, som igjen førte til at pasientene følte seg sett og ivaretatt.

På den andre siden kan tid være svært utfordrende på grunn av manglende ressurser og et høyt arbeidstempo i hjemmesykepleien. Dette er noe jeg selv har erfart fra praksisperioden, da man kontinuerlig måtte prioritere tiden sin på de forskjellige pasientene. I studien til Strang (mfl.,2013) kom det frem at noen sykepleiere understreket tid som en viktig forutsetning for samtale, men at det samtidig var en prioriteringssak. Sykepleierne i studien beskrev det som utfordrende å få tid til disse samtalene, spesielt med tanke på tilstrekkelig personale og ha tilgang til et uforstyrret sted. I hjemmesykepleien er det en forutsetning at man er fleksibel og tilgjengelig på telefon, og dette medførte at sykepleierne ofte ble avbrutt

i samtalene. Det forutsetter derfor god tilrettelegging og planlegging i forkant for å legge til rette for å samtale med pasienten om åndelige behov. Sykepleier kan for eksempel lage en avtale med pasienten i forkant og samtidig avklare dette med kollegaer slik at en både har tilstrekkelig tid og unngår avbrytelser underveis (Fjørtoft, 2016, s. 199).

5.4 Evnen til å se og la seg berøre

Det stilles krav til sykepleiere om personlig og eksistensiell kompetanse i arbeid med kreftpasienter i palliativ fase. Å møte mennesker som lider og å våge å være til stede når pasienten uttrykker følelser som sinne, angst og smerte, krever mot til å møte disse følelsene hos seg selv (Sæteren, 2017a, s. 297).

Å være personlig i sitt møte med pasienten inkluderer å vise sympati og medfølelse for å bruke seg selv terapeutisk. Dette inngår i den fjerde fasen til Travelbee (2011, s. 200). Det innebærer at sykepleieren er involvert og har et ønske om å lindre pasientens plager. Dersom sykepleieren klarer å lindre pasientens lidelse, har en lykkes i å bruke seg selv terapeutisk.

I studien til Strang (mfl.,2013) beskriver sykepleierne at å snakke om åndelige behov er energikrevende og at det tapper dem for energi. Flere av sykepleierne beskrev at disse samtalene i tillegg utløste bekymring hos seg selv. I verste fall kan sykepleieren aktivere sine egne følelser knyttet til sinne, angst og smerte og på den måten ikke klare å hjelpe pasienten (Sæteren, 2017a, s. 297).

Det kan føre til at sykepleieren overfører disse følelsene til pasientene, noe som kan medføre et brudd på relasjonen. Dermed kan pasienten føle manglende forståelse og kontakt, noe som ifølge Travelbee (2011, s. 211) er en motsetning for å kunne utvikle et menneske-til-menneske-forhold.

Likeså i studien til Molnes (2010) beskriver sykepleierne det som utfordrende å snakke om åndelige behov, og at det krever mot av sykepleieren å gå inn i situasjonen. Noen sykepleiere beskrev det som for personlig og nært å gå inn i disse samtalene, samtidig som de uttalte at det er viktig å være lydhør for pasientens følelser og tanker.

Mot er å våge å gå utover sine egne personlige grenser, våge å gå inn i andres uutholdelige lidelse og å våge å være sårbar (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410). Når sykepleier snakker med pasienten om åndelige behov, vil både det kroppslige, språklige og sanselige spille en viktig rolle i samtalen. På denne måten kan sykepleier legge merke til pasientens kroppsspråk, holdning og hva en uttrykker gjennom ord (Sæteren, 2017a, s. 288).

Ansiktsuttrykk som er preget av bekymringsfulle øyne, rynker i pannen og tårer er signaler som kan fortelle oss noe om pasientens åndelige behov. Det innebærer også at sykepleier er lydhør for det pasienten uttrykker gjennom ord, og at en i tillegg klarer å lese mellom linjene og få tak i meningen bak ordene. Å samtale med pasienten om livet kan bidra til at både sykepleier og pasient får et nytt innblikk og blir bevisst på ressurser som en innehar som individ (Sæteren, 2017a, s. 299). Noen ganger handler det heller ikke om hvilke ord som utveksles, men om å være til stede sammen. En slik tilstedeværelse hos sykepleieren vil kunne ha en lindrende effekt på pasienten (Sæteren, 2017a, s. 300). På denne måten kan sykepleier hjelpe pasienten med å finne mening i og om mulig mestre sykdommen sin, noe Travelbee (2011, s. 29) ser på som essensielt. Sykepleier og pasient har dermed etablert et menneske-til-menneske-forhold. Forutsetningen er imidlertid at sykepleier klarer å balansere en profesjonell, men personlig kommunikasjon og relasjon.

Kvaliteten på møtet mellom sykepleier og pasient har altså stor betydning for hvordan pasienten opplever at de åndelige behovene blir ivaretatt. Dersom pasienten opplever at sykepleieren er til stede, har evne til å lytte, har mot til å være nær og evne til å la seg berøre, vil pasienten føle seg trygg på å dele sine tanker og lidelser (Lorentsen & Grov, 2016, s. 419). Med andre ord: bli ivaretatt ut fra sine åndelige behov.

6 Konklusjon

Temaet i denne oppgaven har vært ivaretagelse av åndelige behov hos hjemmeboende kreftpasienter i en palliativ fase. Problemstillingen har blitt belyst gjennom å bruke relevant litteratur, Travelbee sin sykepleieteori og fire forskningsartikler. Funnene i de ulike forskningsartiklene som det refereres til i oppgaven, viser at sykepleiere uttrykker utfordringer knyttet til manglende kompetanse om det åndelige, både faglig og kommunikasjonsmessig, tidsknapphet og usikkerhet og tilbakeholdenhet omkring begrepet det åndelige. Dette er blitt drøftet gjennom fire deltema: 1) Å etablere en relasjon til pasienten, 2) Å kunne snakke om åndelige behov, 3) Å prioritere tid til dette og 4) Å ha evnen til å se og la seg berøre av pasienten. Gjennom redegjørelse og drøfting har jeg vist at de nevnte utfordringene er relevante og kan imøtekommes ved at sykepleiere får tilstrekkelig kompetanse på pasienters åndelige behov og veiledning i å imøtekomme disse. Da vil kanskje også en prioritering av tiden være lettere og kommunikasjonen og relasjonen mellom sykepleier og pasient bli styrket. Slik kan sykepleier bidra til å ivareta de åndelige behovene i en palliativ fase hos hjemmeboende kreftpasienter.

7 Litteraturliste

Aronsen, J. M., Birkeland, J. A., Munkvik, M. & Sjaastad, I. (2010). *Sykdomslære: bind 1* (Bd. 1, s. 244). Oslo: Gyldendal akademisk.

Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg., s. 212). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg., s. 257). Oslo: Gyldendal akademisk.

Damsgaard, H. L. (2010). *Den profesjonelle sykepleier* (s. 206). Oslo: Cappelen akademisk forl.

Eide, H. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg., s. 443). Oslo: Gyldendal akademisk.

Finset, A. (2016). Atferdsmessige og psykologiske forhold. I S. Kaasa, J. H. Loge & D. R. F. Haugen (Red.), *Palliasjon: nordisk lærebok* (3. utg., s. 62–72). Oslo: Gyldendal akademisk.

Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforl.

Folkehelseinstituttet. (2018). Dødsårsakregisteret-statistikkbank. Hentet 10. mars 2020, fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>

Giske, T. & Cone, P. H. (2019). *Å ta vare på hele mennesket: handbok i åndeleg omsorg*. Oslo: Samlaget.

Helsebiblioteket. (2016). Sjekkliste for kritisk vurdering av forskningslitteratur. Hentet 18. mars 2020, fra </kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsedirektoratet. (2015). Palliasjon i kreftomsorgen - Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer. Hentet 12. mars 2020, fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64)*. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hirsch, A. & Røen, I. (2016). Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: nordisk lærebok* (3. utg., s. 315–325). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kreftregisteret. (2018). Kreft i Norge. Hentet 2. mars 2020, fra https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreft_i_Norge/

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2011). Pasient og sykepleier-verdier og samhandling. I E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., Bd. B. 1, s. 89–138). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). *Palliasjon: nordisk lærebok* (3. utg., s. 832). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: 2* (5. utg., Bd. 2, s. 398–430). Oslo: Gyldendal akademisk.

Molnes, S. I. (2015). Sammen går vi døden i møte. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(2), 141–152. <https://doi.org/10.7557/14.3718>

Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 16. mars 2020, fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

O'Brien, M. R., Kinloch, K., Groves, K. E. & Jack, B. A. (2019). Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1–2), 182–189. <https://doi.org/10.1111/jocn.14648>

Regjeringen, H. (2008 2009). St.meld. nr. 47 [Stortingsmelding]. Hentet 1. april 2020, fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Reitan, A. M. (2017). Kreftsykepleie. I T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 33–47). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (2017). *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 808). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Stajduhar, K. I., Thorne, S. E., McGuinness, L. & Kim-Sing, C. (2010). Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13–14), 2039–2047. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03158.x>

St.meld. nr. 47 (2008-2009), H. (2009, 19. juni). St.meld. nr. 47 (2008-2009) [Stortingsmelding]. Hentet 1. april 2020, fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Strang, S., Henschel, I., Danielson, E., Browall, M. & Melin-Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death—nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23(5), 562–568. <https://doi.org/10.1002/pon.3456>

Sæteren, B. (2017a). Åndelig og eksistensiell omsorg. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 288–327). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Sæteren, B. (2017b). Omsorg for alvorlig syke og døende pasienter. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 224–250). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (s. 128). Oslo: Universitetsforl.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

VID. (2019). Retningslinjer for oppgaveskriving APA (norsk versjon). Hentet 2. mars 2020, fra <https://www.vid.no/filer/retningslinjer-for-oppgaveskriving-apa-norsk/>