

Åndeleg omsorg til eldre på institusjon

Korleis får eldre på institusjon ivaretatt sine åndelege behov, og korleis kan offentleg eldreomsorg og kyrkja saman ivareta åndeleg omsorg til bebuarar med fast plass på institusjon?

Ingvild Snipsøy

VID vitenskapelige høgskole

Menighetsfakultet vitenskapelig høyskole

AVH5070 Masteravhandling (30 ECTS)

MADIA 599 Masteroppgave (30 ECTS)

Master i diakoni

Mai 2019

Antal ord: 20 141

Samandrag

Denne masteroppgåva tek føre seg temaet «åndeleg omsorg til eldre som bur på institusjon». Problemstillinga eg ville finne svar på er: Korleis får eldre på institusjon ivaretatt sine åndelege behov, og korleis kan offentleg eldreomsorg og kyrkja saman ivareta åndeleg omsorg til bebuarar med fast plass på institusjon?

Eg har intervjuar av sjukepleiar som arbeider på langtidsavdeling for bebuarar med fast plass på institusjon. Gjennom seks semistrukturerte kvalitative forskningsintervju har eg prøvd å finne svar på problemstillinga mi.

Kva rutiner for registrering og dokumentering av religiøs tilhørighet og åndeleg behov som er i den einskilde institusjon vert viktig å finne ut av i samband med å svare på korleis dei eldre får sine åndelege behov ivaretatt. Informantane i studien gav klart uttrykk for at det fanst slike rutiner, men at desse i ettertid ofte ikkje vart fulgt opp.

Det eksisterer i dag jevnlege tilbod på institusjonane i form av andakter, gudstenesteoverføring og fast trefftid med prest på institusjonen. Det er lite erfaring med åndeleg omsorg i ein ein-til-ein relasjon i institusjonane, men prest eller diakon vert kontakta ved slike behov.

Andre utfordringar knytt til åndeleg omsorg som informantane var opptatt av er faktorar som tid, prioriteringar i forhold til andre arbeidsoppgåver og hensyn til dei ein arbeider saman med. Det at dette er eit tema som får lite plass i faglege samanhengar som fagmøte, kurs og temadagar er også ei utfordring i forhold til åndeleg omsorg.

Dette er også ei diakonal utfordring for kyrkja, og det finst i dag mange gode samarbeid mellom offentlege institusjonar og kyrkja. Informantane mine gav uttrykk for eit godt samarbeid med lav terskel for å ta kontakt med kyrkja dersom dette var nødvendig. Likevel gav dei også uttrykk for at dei ønskte at kyrkja kunne vere meir synleg i institusjonen, både i forhold til å yte åndeleg omsorg til pasientane, men også i forhold til støtte og rettleiing av personalet ved institusjonen.

Forord

Etter fleire år som masterstudent står eg no ved vegs ende. Gjennom studiet har eg fått lære mykje både om faget og meg sjølv, og denne lærdomen vil bli nyttig for meg vidare som diakon. Til tider må eg innrømme at livet som student medan eg har vore i jobb har vore ganske krevjande, men også utviklande, lærerik og kjekk.

Først av alt må eg få takke dei som har stilt opp til intervju i denne oppgåva. Utan denne deltakinga hadde ikkje denne oppgåva kunne realiserast. Takk for det de har delt og at de har gitt meg innblikk i arbeidskvardagen de har, med dei utfordringar som er i dette yrket.

Mange har vore med på å gjere dette mulig og eg vil også spesielt takke Jon Arne og ungane våre Signe, Ingrid og Eivind for all støtte og oppmuntring. Takk også for at livet på heimefronten har rulla og gått rundt også når mor har sett seg på flyet til Oslo for å reise på studiesamling på VID og MF. Sjølv om det ofte har vore tungt å reise, har gjensynsgleda når eg kom heim vore ti gongar betre! Eg må også takke familie og vener som har stilt opp når ting ikkje har gått heilt i hop på heimefronten. Hjelp til barnepass, henting og køyring, klesvask, oppmuntringar og heiarop har vore kjært motekne når ting har gått litt smått. Tusen takk Gunhild og liv for gjennomlesing og gode innspel til forbetringar. Spesielt må eg få takke nye vener som eg har fått gjennom dette studiet. Tusen takk til Ingelin og Liv som gjennom vår egen vesle heilagjeng på messenger har heia kvarandre fram gjennom dette studiet. Her har ingen spørsmål vore for store, ingen for små og ingen for dumme til å løfte fram. Dette har betydd så utrulig mykje for meg i denne studiebobla som eg har følt eg har vore i. Dette er nye vennskap, men som eg føler meg viss på at eg vil ha vidare også etter at masteroppgåva er ferdig. Eg håper at vi kan bruke kvarandre som heilagjeng også vidare i livet! Tusen takk til kyrkjeverje og stab i Sula sokn som har lagt til rette for meg, oppmuntra meg og heia på meg gjennom dette studiet.

Til slutt vil eg rette ei stor takk til studieleiar på VID og min rettleiar for masteroppgåva Kari Jordheim som har oppmuntra og trudd på meg når motet mitt har vore lite. Takk for god rettleiing i arbeidet med denne oppgåva både på VID og over telefon og e-post. Ein veg som starta litt kronglete, men som etter kvart viste seg å vere mulig å gå!

Langevåg mai 2019

Ingvild Snipsøy

Innhald:

Samandrag.....	1
Forord.....	2
1. Innleiing.....	5
1.1. Presentasjon og avgrensing av tema/oppgåva	5
1.2. Problemstilling.....	7
1.3. Bakgrunn for val av tema for oppgåva	7
1.4. Klargjering av viktige begrep og bakgrunnskunnskap	9
1.4.1. Eldre	9
1.4.2. Institusjon	10
1.4.3. Lovfesta rett til åndeleg omsorg.....	10
1.5. Presentasjon av oppgåva.....	12
2. Metode.....	13
2.1. Vitskapleg metode og val av forskningsmetode.....	13
2.1.1. Kvalitative semistrukturerte forskningsintervju	13
2.2. Gjennomføring.....	14
2.2.1. Framgangsmåte	14
2.2.2. Utval av informantar til denne studien	16
2.2.3. Reliabilitet	17
2.3. Ethiske omsyn.....	18
3. Teori	20
3.1. Eldre og aldring	20
3.2. Åndeleg omsorg.....	22
3.3. Sjukepleieteoretikarar og åndeleg omsorg	23
3.3.1. Katie Eriksson	25
3.1. Diakoni og åndeleg omsorg	26
3.1.1. Kva er diakoni?	27
3.1.2. Menneskesyn og diakoni	28
3.1.3. Sjelesorg og diakoni	29
3.1.4. Diakon som samarbeidspartner og brubyggjar.....	30
4. Funn.....	31

4.1.	Åndeleg omsorg og rutinar i avdelinga	31
4.1.1.	Åndeleg omsorg og heilhetlig sjukepleie	31
4.1.2.	Registrering av religiøs tilknytning	33
4.1.3.	Å gi åndeleg omsorg	34
4.1.4.	Faktorar som gjer det vanskelig å gi åndeleg omsorg	35
4.1.5.	Prioriteringar i helsevesenet knytt til åndeleg omsorg	36
4.2.	Åndeleg omsorg og samarbeid med andre instansar	38
4.3.	Åndeleg omsorg og andre religionar	39
5.	Drøfting	41
5.1.	Korleis får eldre på institusjon ivaretatt sine åndelege behov?	41
5.1.1.	Registrering å prioritering av åndelege behov i eldreomsorga.....	41
5.1.2.	Korleis møte åndelege behov hjå bebuarane på ein god måte?.....	43
5.1.3.	Åndeleg omsorg til bebuarar som tilhøyrrer andre religionar	47
5.2.	Korleis kan offentleg eldreomsorg og kyrkja saman ivareta åndeleg omsorg til bebuarar med fast plass på institusjon?	48
6.	Avslutning	52
	Litteratur:.....	54
	Vedlegg 1: Intervjuguide	57
	Vedlegg 2 : Informasjonsbrev til leiarar ved institusjonane	58
	Vedlegg 3: Samtykkeskjema	59

1. Innleiing

1.1. Presentasjon og avgrensing av tema/oppgåva

Temaet i denne masteroppgåva er åndeleg omsorg til pasientar i institusjon. I starten var dette ein arbeidstittel, som eg no har spissa og snevra inn slik at eg kunne finne ei god problemstilling for det eg ville undersøke og finne ut av i arbeidet med denne oppgåva. Det kan vere problematisk å bruke ordet pasient på grunn av at det ofte vert brukt om folk som er sjuke, enten psykisk eller fysisk (Bruusgaard, 2019). Den gruppa, som denne oppgåva tek føre seg, er eldre som på grunn av naturleg aldringsprosess ikkje klarer seg sjølv, utan at det nødvendigvis ligg nokon sjukdom til grunn for behovet for hjelp. Eg har difor valt å bruke begrepet bebuarar om denne gruppa menneske som det her er snakk om. Dette er eit begrep som ofte blir nytta i institusjonar der dei ikkje er primært fordi dei er sjuke, men fordi dei ikkje lenger klarer seg sjølv og treng hjelp til enkelte oppgåver i kvardagen knytt til for eksempel mat, stell og hygiene.

Eg har avgrensa oppgåva ved å fokusere på eldre som bur på institusjon i den siste fasen av livet. Dette valet gjorde eg fordi eg trur at det nettopp i denne fasen ofte vert vanskelig å snakke om åndelege og eksistensielle spørsmål. Livet går inn i ein avsluttande fase og for mange blir tru, åndelege og eksistensielle spørsmål viktigare enn nokon gong. Her er det viktig å vere tydeleg på at dette ikkje nødvendigvis er ein palliativ fase, men det tidsrommet frå dei får fast plass på institusjon og heilt fram til livet endar. For nokre vil dette vere eit kort tidsrom og ein palliativ fase, medan for andre kan dette vere ei lengre tidsepoke over fleire år.

I arbeidet mitt som diakon og i samtale med menneske i denne livsfasen ser eg mange spørsmål som går igjen hjå fleire. Er eg bra nok som eg er? Kva skjer eigentleg etter døden? Har eg levd eit godt nok liv for eit evig liv? Kva er evig liv? Kva med dei som kjem etter meg som ikkje trur? Dette er store spørsmål, som sjølv sagt er vanskeleg å gi nokon fasit på, men ei hand å halde i og nokon å lufte slike tankar saman med, kan for mange vere eit stort steg i rett retning.

Dei eg vidare vil ha fokus på i denne oppgåva er eldre som bur fast på sjukeheim/aldersheim. Eg har valt å fokusere på denne gruppa på grunn av at pasientar i andre typar institusjonar som for eksempel på sjukehus, ofte kjem i kontakt med sjukehusprest/diakon i den institusjonen dei er innlagt i. I tillegg er tal på liggedøgn i sjukehus sterkt redusert dei siste åra. Pasien-

tane i dei kommunale institusjonen er nok difor også ofte mykje sjukare i dag, enn det dei var berre få år tilbake i tid. Dette er eit resultat av samhandlingsreforma (St.meld.nr 47, 2008-2009) som tredde i kraft 1.januar 2012. Med bakgrunn i samhandlingsreforma ville regjeringa effektivisere og sikre ei koordinering av tenester ut frå den enkelte pasient sine behov. Samhandlingsreforma er ei viktig helsepolitisk reform som har betydd mykje for utviklinga av helsevesenet i dei seinare åra. Denne reforma kom i 2009 og skulle effektivisere helsevesenet i velferdsstaten vår (Kirkerådet, 2015). Samhandlingsreforma hadde som mål at helsetenestene skulle få betre kvalitet og fungere betre på tvers av institusjonsgrensar og sektorgrensar og på tvers av statlege og kommunale instansar.

Gruppa eldre i samfunnet er også ei pasientgruppe som i tida framover vil bli større og større. Det blir stadig fleire eldre i samfunnet og fagmiljøet varslar om mangel på sjukepleiefagleg kompetanse i nær framtid. I samband med dette synest eg problemstillinga mi for denne oppgåva er ei aktuell og viktig problemstilling, og ei utfordring som det er viktig å ha fokus på i helsevesenet i vår tid. Dette er ei utfordring som også vil bli større i åra framover på grunn av ei stadig veksande gruppe av eldre i samfunnet.

Eg vil vidare også nemne korleis vi i samband med dette temaet forholdt oss til at samfunnet vårt stadig vert både meir fleirkulturelt og fleirreligiøst. Dette vil likevel ikkje ha stort fokus i oppgåva. Åndeleg omsorg handlar om bebuarane sine behov på tvers av religion, men det er grunn til å tru at det i praksis er den kristne tradisjonen og Den norske kyrkje (heretter kalla DNK) som fortsatt er den vanlegaste samarbeidsaktøren for institusjonane i eldreomsorga. Dette gjer at problemstillinga mi vert viktig også for å seie noko om diakonien og kyrkja si rolle i samband med åndeleg omsorg.

Gjennom arbeidet mitt som sjukepleiar i helsevesenet har eg sjølv fått kjenne på dei utfordringane dette er i arbeidskvardagen. Det er ikkje alltid så lett å kome inn på slike tema i samtale med pasientar i ein travel arbeidskvardag. Her er det sjølv sagt mange faktorar som spelar inn. Grensene mellom profesjonalitet og privat sfære er uklare og vanskelige i slike situasjonar. Dette gjeld sannsynlegvis både for pasientar og helsearbeidarar.

Eg arbeider no som diakon, og når eg ser desse utfordringane frå ein diakon sin ståstad, ser eg at eldre som bur på institusjon ofte kan ha behov for åndeleg omsorg i den situasjonen dei er i. Nokon å snakke med, ei hand å halde i, nokon som kan lese i Bibelen for dei eller be ei bøn saman med dei. Ofte når eg spør om det er nokon av dei som arbeidar på institusjonen som dei

kan snakke med, er svaret nei. Kanskje det er ei nattevakt eller enkeltpersonar dei kan vende seg til, men jamt over er ikkje dette noko dei føler dei kan ta opp med pleiarane i institusjonen. Eg har fleire gongar undra meg over kvifor det er slik og kva som kan vere årsaker til dette. Eg håper at arbeidet mitt med denne masteroppgåva kan gi nokre svar på dette.

1.2. Problemstilling

”Åndeleg omsorg til pasientar i institusjon” har altså vor ein slags arbeidstittel for oppgåva. På grunn av at dette er eit stort og svært vidt tema, har eg arbeidd meg fram til ei problemstilling som hjelper meg til å fokusere på det eg tenkjer er viktigast å utforske og finne svar på. Dette er eit tema som frå tid til anna er på dagsorden i media. Her får helsevesenet kritikk for at dei ikkje tek dette temaet nok på alvor. Personleg har eg også høyrte om pårørande som har opplevd å ikkje bli møtt på ein god måte når det gjeld åndeleg omsorg. Også gjennom mitt yrkesliv som sjukepleiar må eg innrømme at dette var eit tema som fekk lite plass både i pleiegruppa og i arbeidskvardagen. På bakgrunn av dette er det grunn for å tru at det er eit tema som ikkje blir godt nok tatt i vare i den enskilte institusjon.

Arbeidet med å kome fram til og formulere ei problemstilling har vore krevjande. Kanskje er det fordi det er mange element som vert viktige for meg i denne samanhengen, men også fordi eg på ein måte ser denne problemstillinga frå to ulike sider. Både på grunn av min bakgrunn som sjukepleiar i helsevesenet, men også som diakoniarbeidar/diakon i mi noverande stilling i DNK har eg fått innblikk og kjennskap til ulike sider av dette temaet. Eg har med denne bakgrunnen kome fram til ei problemstilling som tek utgangspunkt i dette og involverer både sjukepleieaspektet og dei diakonale utfordringane i temaet. Problemstillinga som eg har valt for denne oppgåva er:

Korleis får eldre på institusjon ivaretatt sine åndelege behov, og korleis kan offentleg eldreomsorg og kyrkja saman ivareta åndeleg omsorg til bebuarar med fast plass på institusjon?

1.3. Bakgrunn for val av tema for oppgåva

Eg har valt å setje lys på åndeleg omsorg på grunn av at eg tenkjer at dette er ei utfordring som er relevant for mange i eldreomsorga og på mange institusjonar i helsevesenet i dag. På grunn

av at vi lever i eit samfunn som blir meir og meir sekularisert, kan ein av og til få inntrykk av at personleg religiøsitet og åndelege behov er for spesielt interesserte og ikkje ein del av ein felles kulturarv og eit fellesskap som folk flest er ein del av. På same tid er samfunnet vårt i endring, og her er det fleire faktorar som er med på å gjere dette til ei større utfordring i framtida. Samstundes som det stadig vert fleire i kategorien eldre i samfunnet, blir vi også eit meir fleirkulturelt og også fleirreligiøst samfunn. Korleis påverkar dette måten vi ser på åndeleg omsorg og behov? Korleis kan vi legge til rette for eit helsevesen som klarer å gi åndeleg omsorg til alle, uansett religion? For mange innvandrarakar kan trua ofte ha ein stor og viktig plass i livet. For muslimar kan behovet for bøn vere like viktig som behovet for søvn og mat (Schmidt, 2011:13). Fortsatt er det nok her store skilnader på kor utbreidd andre religionar er på bygda og i byen, men også på bygda vil nok åndeleg omsorg på tvers av kultur og religion verte eit aukande behov i framtida. Dette vil bli omtala, utan at eg vil gå noko særleg vidare inn på dette i denne oppgåva.

Åndeleg omsorg er ei diakonal utfordring også for kyrkja. I plan for diakoni står det at diakoni er kyrkja si omsorgsteneste. Diakoni er eit vidt og mangfaldig arbeidsfelt, men gjennom alle tider har omsorgstenesta stått sterkt og vore viktig å verne om (Kirkerådet, 2008). Nestekjærleik og inkluderande fellesskap er to viktige diakonale element. Gjennom kva ein gjer, kan ein vere evangeliet i handling. Visjonen for DNK er: «Guds kjærleik til alle menneske og alt det skapte, verkeleggjort gjennom liv og teneste» (Kirkerådet, 2008:6). Diakonien har eit særskilt ansvar der få bryr seg. Det kristne menneskesynet og teologien som kyrkja byggjer på gir mennesket ei særstilling, men gir oss også eit ansvar for kvarandre. Menneska er skapte i Guds bilde for å tene kvarandre og vere gode medmenneske. Kyrkja har også eit ansvar som forvaltar av sakrament som for eksempel nattverd. Nattverden er eit sentralt element i gudtenestefellesskapet, og det kan vere viktig for dei som ikkje lenger kjem seg til gudsteneste og kunne ta del i eit slikt fellesskapet i institusjonen der dei bur. I tillegg er dette vanleg å tilby til dei som bur på institusjon og som er i ei avsluttande fase av livet.

Eg vil prøve å finne ut meir om korleis ei diakonal kyrkje kan samarbeide med det offentlege helsevesenet slik at vi på best mulig måte kan utfylle kvarandre og arbeide mot eit felles mål om å ta i vare bebuarane og deira helse. Kva slags rutinar finst i samband med slike samarbeid, og kva ynskjer institusjonane at kyrkja eller andre tru- og livssynsorganisasjonar skal bidra med på dette området? Kven kan dei kontakte dersom dei har behov for andre religiøse rettleiarar for andre religionar og trussamfunn enn kristendomen og DNK. Dette betyr ikkje at prest eller diakoniarbeidar/diakon ikkje kan ha samtale med folk som har ein anna religion

dersom dei sjølve ynskjer dette, men kanskje er det viktig for dei å få samtale med nokon som høyrer til det same religiøse fellesskapet som dei sjølve høyrer til. Det er då viktig å vite kven ein kan kontakte for å kunne utøve åndeleg omsorg til alle bebuarar uavhengig av religiøs ståstad.

1.4. Klargjering av viktige begrep og bakgrunnskunnskap

Det er nokre nøkkelbegrep som vil gå igjen i denne oppgåva. Det er viktig å utdjupe kva eg har lagt i desse begrepa, slik at både eg og lesar har ei felles forståing av desse som utgangspunkt for det som vert drøfta vidare. Eg vil her gjere kort greie for nokre av dei mest sentrale begrepa som vert brukt. Vidare vil eg gjere greie for kva lover og retningslinjer som regulerer rettar pasientar har på dette området, og kven som pliktar å følgje opp desse rettane. Dette meiner eg det er viktig at lesaren har bakgrunnskunnskap om, som eit prinsipp for velferdsstaten og samfunnet vårt. Begrepet åndeleg omsorg vil eg kome tilbake til og forklare i teorikapitlet.

1.4.1. Eldre

Det er litt ulikt korleis eldre vert definert. Knut Engedal ved universitetet i Oslo, seier at alderdom er ein fase i den delen av livet der aldringsprosessar i større eller mindre grad svekker ein person (Engedal, 2019). Det er her snakk om store individuelle forskjellar så det er vanskeleg å sette ein spesifikk alder på denne gruppa menneske. Verdens helseorganisasjon WHO definerer personar som eldre i aldersgruppa 60-74 år og gamle frå 75 år og oppover.

Livet kan grovt sett delast inn i tre ulike livsfasar. Det er oppvekst, moden alder og alderdom (Engedal, 2019). Alderdomen kan ein igjen dele inn i to grupper der ein snakkar om «dei yngre eldre» og «dei eldre eldre» (Romøren, 2008,) I denne oppgåva har eg valt å halde meg til ei slik inndeling fordi dei denne oppgåva handlar om vil då stort sett vere dei eldste av dei eldste i den gruppa som ein kallar alderdom. Det finst sjølvsagt unntak for dette, i tilfelle der yngre menneske må bu på ein eldreinstitusjon på grunn av nedsett funksjon og/eller sjukdom.

Det vert i dagens samfunn snakka om at vi opplever ei eldrebølge. Dette er eit resultat av høgare levestandard og at mange lever lengre på grunn av betre medisinsk behandling. Frå år

2000 til 2050 er gjennomsnittleg levealder forventa å stige med 11 år for menn og 8 år for kvinner (Schmidt 2011:10). Dette vil føre til at det stadig vert fleire og fleire eldre i samfunnet vårt. Fagmiljøa i helsevesenet har dei siste åra varsla at det innan få år vil vere stor mangel på helsepersonell til å ta vare på dei som er gamle og pleietrengande på grunn av denne stigninga i levealderen.

1.4.2. Institusjon

Institusjon slik det blir brukt i denne oppgåva vil vere ein sjuke- eller aldersheim med ei eller fleire avdelingar der pasientane er fastbuande, altså på det som ofte blir kalla ei langtidsavdeling eller liknande. Det er her pasienten bur fast og dette er heimen deira i den siste fasen av livet. Kor lang denne fasen er vil variere svært mykje. Slik vil denne typen institusjon skilje seg frå for eksempel sjukehus fordi det er ein permanent bustad som strekker seg over eit lengre tidsrom, gjerne månader og år.

Ein kan dele oppgåvene til ein slik institusjon inn i tre hovudoppgåver. Den fyrste oppgåva til institusjonen er at den skal gi variert behandling. Med dette meiner ein at dei som bur på ein slik institusjon skal ta i mot tverrfagleg behandling og vere knytt til både lege- fysioterapi-, sjukepleietenester og eventuelt knyte til seg andre aktuelle kommunale instansar. Den andre oppgåva er at institusjonen skal fungere som bustad for pasientane. Dette er deira faste bustad og heimen deira. Her har dei sine private ting og sitt privatliv og institusjonen er deira private sfære. Grensa mellom privatliv og behovet for pleie kan vere utfordrande i forholdet mellom pleiar og pasient. Den tredje hovudoppgåva til institusjonen er å gi pasientane den omsorg og pleie som dei treng (Karoliussen og Smeby, 2000).

1.4.3. Lovfesta rett til åndeleg omsorg

Pasientar eller bebuarar i det norske helsevesenet har gjennom lover og ulike typar retningslinjer rett til å også få dekt sine åndelege eller eksistensielle behov på lik linje med andre former for omsorg som ein er avhengig av hjelp til. Eksempel på slike lover og retningslinjer er yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar og diakonar, kommunehelsetjenestelova og ulike rundskriv og retningslinjer som er gitt ut av Helse- og omsorgsdepartementet.

Både komnehelsetenestelova og sosialhelsetenestelova gir pleietrengande personar rett til å få ”ivaretatt sine grunnleggande behov med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (§3)” (Jordheim og Korslien, 2010). Her vert tru- og livssynsutfoldelse rekna som grunnleggande behov. I rundskriv 1-6/2009 «Rett til egen tros- og livssynsutfoldelse» blir det slått fast at dei som tek imot helsetenester frå den kommunale helse- og omsorgstenesta skal få ta vare på sin rett til å utøve si eiga tru og livssyn. Det blir her presisert at dei som på grunn av sjukdom eller andre funksjonsnedsettingar treng hjelp og tilrettelegging for å utøve trua si, har rett på slik praktisk hjelp frå helsetenesta.

Samhandlingsreforma gir uttrykk for at dette ikkje inneber at det nødvendigvis er den kommunale helsetenesta som skal utøve denne hjelpa, men at dei har plikt på seg til å saman med aktuelle livssynsorganisasjonar, familie, lokalsamfunn og sosialt nettverk legge til rette for at den pleietrengande får desse behova sine dekt (Jordheim og Korslien, 2010).

Samhandlingsreforma som vi kjenner den i dag blei innført av Stortinget gjennom St.meld. nr 47 (2008-2009). Denne reforma handlar ikkje berre om samhandling innad i helsevesenet, men seier også noko om mulig samhandling med andre sektorar og ulike frivillige organisasjonar. Den har fått tittelen «*Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted – til rett tid.*» (Jordheim og Korslien, 2010)

Samarbeid mellom det offentlege og frivillige aktørar er også trekt fram i Samhandlingsreforma, noko som kanskje kan vere med på å få kyrkja og ulike aktuelle frivillige organisasjonar på banen. Denne reforma er også sett på som ein viktig impuls for å gjere kyrkja og andre diakonale institusjonar bevisst på sitt diakonale oppdrag i form av til dømes samarbeid med kommunehelsetenesta, slik at pasientar i sårbar og utsette livssituasjonar kan få eit best mulig individuelt tilpassa tilbod (Kirkerådet, 2015).

I sjukepleiaren sine yrkesetiske retningslinjer er det fleire punkt under overskrifta «sykepleieren og pasienten» som påverkar sjukepleiaren si plikt til å yte åndeleg omsorg. Det er spesielt to punkt som blir viktige i denne samanheng. Det står mellom anna at «sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg» og «sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten». Dersom ein samanliknar dette med yrkesetiske retningslinjer for diakonar vil ein sjå at det under punkt 6 «diakonen i møte med medmenneske» står at «diakonen skal fremme håp, mestring og livsmot og den enkeltes mulighet til å ta gode valg».

Eit heilhetlig menneskesyn er også viktig frå eit diakonalt perspektiv, slik kan ein sjå at det er viktige parallellar mellom sjukepleie og diakoni.

1.5. Presentasjon av oppgåva

I metodekapittelet vil eg gjere greie for kva metode eg har brukt for datainnsamling og bearbeiding av data i denne oppgåva. Her vil eg ta føre meg kva utfordringar eg har møtt på og generelt kva ein bør ta omsyn til i forhold til forskning og korleis ein samlar inn data.

Vidare vil eg i teorikapittelet gjere greie for aktuell teori som er relevant for temaet åndeleg omsorg. Eg vil presentere kva sentrale sjukepleieteoretikarar seier om dette temaet samt teori om eldre som gruppe, åndeleg omsorg og diakoniteori som kan setje lys på dei diakonale utfordringane som ligg i denne tematikken.

Eg har gjort intervju med sjukepleiarar som arbeider i institusjonar for eldre, for å høyre kva tankar dei har rundt dette temaet og problemstillinga eg har valt for oppgåva. Korleis vert bebuarane sine behov for åndeleg omsorg dekte i den einskilde institusjon og kva kan dei eventuelt tenkje seg å få hjelp til frå andre instansar som kyrkja eller andre religiøse fellesskap? I desse intervjuar har eg prøvd å finne ut kor bevisste dei er på dette temaet og eventuelt finne grunnar til at dette ikkje blir ei prioritert oppgåve i deira sjukepleiekvardag. Kva rutinar og tiltak knytt til åndeleg omsorg finst på deira arbeidsplass og korleis blir desse følgde opp i den einskilde institusjon? Funna eg gjer i desse intervjuar blir presenterte i kapittel 4.

Etterpå vil eg drøfte desse funna i lys av teori og finne ut kva som kan vere årsaker til at ting fungerer eller ikkje fungerer i dei ulike institusjonane. Kva er likt og kva er ulikt frå institusjon til institusjon.

Til slutt vil eg prøve å seie noko om korleis åndeleg omsorg blir tatt i vare på dei ulike institusjonane i dag, og korleis kyrkja saman med dei lokale institusjonane kan forbetre denne omsorgen til bebuarane på institusjonane. Kva vil vere nyttig å ta med seg vidare? Og kva kan vi lære av kvarandre?

2. Metode

I dette kapittelet vil eg gjere greie for kva vitenskapsteoretisk grunnlag og metode som ligg til grunn for dette forskingsprosjektet . Eg vil presentere korleis eg har gått fram i arbeidet med å skaffe informantar og korleis datainnsamling og bearbeiding av innsamla materiale har gått føre seg. Til slutt vil eg også seie noko om kva etiske omsyn det er viktig å vere bevisst på i ein slik prosess.

2.1. Vitenskapleg metode og val av forskningsmetode

I alle forskingsprosjekt blir val av metode viktig for det vidare arbeidet med prosjektet. Kva slags metode som blir valt er avgjerande for kva type data du får i det innsamla materialet. Ein skil ofte mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kva type informasjon og funn ein ynskjer å få, og kva problemstilling ein har for studien eller prosjektet er avgjerande for kva slags vitenskapleg metode ein vel å bruke.

Kvalitativ forskning er basert på eit smalare utval med færre informantar, men ein går ofte djupare inn i temaet og får meir personlege og utdjupande informasjon ut av intervjuet. Ved denne typen forskning er det ikkje så interessant å finne ut kor stor del av ei gruppe som meiner det same, men å finne ulike synspunkt på eit tema. Denne metoden vert mellom anna nytta der det er intervju ein-til ein eller i små grupper (Johannessen, 2010).

2.1.1. Kvalitative semistrukturerte forskningsintervju

I denne oppgåva har eg valt å bruke kvalitative forskningsintervju som metode for å samle inn data til å svare på mi problemstilling. Eg har valt å bruke semistrukturert intervju for å samle inn materiale mitt. Det vil seie at eg har utarbeidd ein intervjuguide der eg har sett opp tema og spørsmål eg vil stille til informantane, men rekkefølge og innhald kan variere frå intervju til intervju alt etter korleis det vert naturleg å stille spørsmåla eg har forberedt (Johannessen, 2010).

Vi kan plassere denne oppgåva innanfor den fenomenologiske tradisjonen innanfor kvalitativ forskning. Dette vil seie at ein forskar på eit fenomen med bakgrunn i å studere dei menneska som har erfaring og forståing av fenomenet. For å forstå eit fenomen er det viktig at ein forstår menneska som er i berøring med fenomenet (Johannessen, 2010). Kvalitativ forskingsmetode kan ein bruke når ein for eksempel gjennom ulike typar intervju vil gå djupare inn i materialet, men med relativt få informantar. Denne forskingsmetoden vert brukt i motsetning til kvantitativ forskning som ein brukar når ein ved hjelp av statistiske analyser ynskjer å undersøke samanhengar mellom fenomena (Johannessen, 2010). I kvantitativ forskning har ein ei langt større gruppe informantar som slik sett utgjer eit breiare utval enn det ein har ved kvalitativ forskning. Eit eksempel på kvantitativ forskning er spørjeskjema.

Eg har valt å dele intervjuguiden (vedlegg 1) min inn i fire ulike delar. Den første delen inneheld opplysningar om bakgrunnen og arbeidsplassen til informantane mine. Dette er informasjon som berre er tenkt brukt som statistikk og for å beskrive utvalet mitt og kva erfaring og kompetanse det har. I den andre delen har eg plassert spørsmål som belyser begrepet åndeleg omsorg. Her går eg inn på deira forståing av temaet og prøver å finne ut av kva som blir gjort av dette på deira institusjon og kva som påverkar dette. Vidare har eg spurt om kva type samarbeid dei har med andre instansar på dette feltet. Kven kan kontaktast og kven reknar dei som støttespelarar for å gi pasientane den åndelege omsorga dei treng? Til slutt har eg nokre få spørsmål som omhandlar åndeleg omsorg knytt til andre religionar. Som tidlegare sagt er dette ikkje eit stort fokus i oppgåva, men eg vil likevel seie kort litt om kva eg fann ut knytt til dette. Eg har valt å bruke denne inndelinga av informasjon i framstilling mi av funn i studien. Fleire av spørsmåla i intervjuguiden kunne verke overlappende på kvarandre, på tvers av tema men eg har valt denne måten å systematisere og presentere funna mine for lesaren. I drøftingsdelen vil eg bruke dele opp problemstillinga i to spørsmål og drøfte funna mine opp mot desse spørsmåla.

2.2. Gjennomføring

2.2.1. Framgangsmåte

Det er fleire ting ein bør ta omsyn til når ein skal skaffe informantar til eit forskingsprosjekt. Korleis ein vel å plukke ut dei som utgjer utvalet for prosjektet har påverknad for resultatet av studien. Kor mange informantar som deltek i studien og korleis desse blir plukka ut med tanke

på kriterier ein set for deltaking, korleis ein kjem i kontakt med mulige informantar og korleis informantane er pukka ut geografisk er viktige omsyn å tenkje over i forhold til reliabilitet og resultat i studien. Det som må ligge til grunn for dei vala ein tek er at dette skal vere hensiktsmessig for å kunne svare på problemstillinga på ein best mulig måte (Johannessen 2010).

For å skaffe kandidatar til intervju har eg i denne prosessen sendt ut ein e-post til leiinga ved ulike institusjonar på nordvestlandet med spørsmål om dei kan distribuere brev (vedlegg 2) til sjukepleiarar ved aktuelle avdelingar. I dette brevet går det klart fram korleis den enkelte kan melde seg til å vere med på denne studien. Eg skreiv også i e-posten at eg ville ta kontakt per telefon etter nokre dagar. For å finne leiarar for dei ulike institusjonane brukte eg kommunale heimesider, men opplevde det som vanskeleg å finne fram til dei rette personane. Dette viste seg i etterkant å stemme. Eit par av dei eg tok kontakt med i ettertid var ikkje den rette mottakar og hadde ikkje sendt e-posten vidare til dei som skulle ha den, sjølv om eg bad om dette i e-posten eg sendte ut. Då fristen for å melde seg gjekk ut hadde eg 3 sikre kandidatar til intervju, men eg visste om at det vart jobba for å få nokre til ved eit par av dei andre institusjonane. Eg var bevisst på å prøve å spreie informantane mine best mulig med tanke på både ulike institusjonar og at informantane kom frå ulike kommune. Eg var ei periode litt bekymra for om eg ville klare å skaffe nok informantar til studien på grunn av at det var få som hadde meldt si interesse for å delta i prosjektet. Etter litt kommunikasjon med dei ulike institusjonane per telefon, fekk eg etter ei stund på plass dei intervjuar eg trengte. Etter kvart fekk eg heldigvis på plass seks informantar frå fire ulike institusjonar.

Eg hadde altså seks informantar. Intervjua vart gjennomførte på institusjonen der dei jobba. Intervjua som vart gjorde vart teke opp digitalt, og dei har blitt forskriftsmessig oppbevart utilgjengelig for uvedkomande. Etter at intervjua vart gjennomførte blei alle intervjuar transkriberte slik at ikkje viktige moment i intervjuar skulle gå tapt, og slik at det skulle vere enklare å systematisere og presentere funna i studien. Dei transkriberte intervjuar vart anonymisert i transkriberingsprosessen. Eg vil ikkje bruke namn på informantane på grunn av at dei skal anonymiserast, slik at dei ikkje skal kunne gjenkjennast i oppgåva. Eg har valt å anonymisere informantane mine ved å kalle dei informant A-F i tilfeldig rekkefølge. Ein skal såleis ikkje kunne finne ut kven informantane er. Kvart av intervjuar varte i alt frå ca. 30 minutt til 1 time og 10 minutt, så det var relativt stor variasjon i lengda på intervjuar. Dei digitale opptaka vil bli destruert etter sensur av denne masteroppgåva.

2.2.2. Utval av informantar til denne studien

Mitt utval i denne studien består av seks informantar som alle arbeider i institusjonar og ulike typar avdelingar der pasientane bur over lengre tid. Informantane mine er spreidde over 4 institusjonar og rekrutteringa har vore frå tre ulike kommunar på nordvestlandet. Utvalet av informantar til denne studien har sjølve meldt si interesse til å delta i prosjektet ved at eg har sendt ut førespurnad til leiarane ved institusjonane der dei er tilsett. Eg bad dei ta kontakt dersom dei kunne tenkje seg å vere med. Alle informantane har fått tilstrekkelig informasjon om studien før intervju, og alle har skrive under på frivillig samtykkeskjema (vedlegg 3) før intervjuet starta.

Eg har i dette utvalet lagt størst vekt på at informantane skal ha ei stilling der dei arbeider aktivt i pleiesituasjonar, for eksempel som sjukepleiar ved ei langtidsavdeling. Ein av leiarane som eg tok kontakt med melde seg også som informant, men eg valde her å halde fast ved at informantane skulle vere tilsett i ei sjukepleiarstilling med pleieoppgåver. Eg føler på denne måten at nærleiken til pleiar-pasientrelasjonen blir betre tatt i vare og kanskje ein på denne måten får eit betre bilde av korleis pleiekvardagen eigentleg er, i forhold til korleis leiinga ved ein institusjon ønskjer at det skal fungere. Eit anna viktig moment er at informantane er spreidde geografisk over fleire ulike kommunar. På denne måten vil det kanskje komme betre fram om dette temaet blir vektlagt ulikt frå kommune til kommune. Når ein plukkar ut informantar bør ein også vurdere om kjønn og eventuelt alder er representativt. Alle mine informantar er kvinner. Kravet om at informantane skal ha ei jamn fordeling mellom kjønna, er vanskelege å gjere noko med sidan sjukepleiaryrket er så kvinnedominert. Likevel tenkjer eg at dette utvalet er representativt for den yrkesgruppa eg skriv om. Eg har heller ikkje sett noko krav til spreing i alder på informantane, men det vart likevel god spreing med tanke på alder, der den yngste var 28 og den eldste var 57. Det var også god spreing i kor lenge informantane hadde arbeidd i sjukepleiaryrket, erfaringa strekte seg frå 2 år til 32 år.

Eg spurde informantane om deira motivasjon for å delta i dette studiet, og her var det fleire moment som vart nemnt. Det å stille opp og bidra til forskning gjekk igjen hjå fleire av informantane som ein viktig motivasjon. Dette kombinert med at dei syntes dette var eit viktig og interessant tema som var nyttig å reflektere over og viktig for helsevesenet i dag og den arbeidssituasjonen dei står i. Ein av informantane sa også at det å gjere seg sjølv meir bevisst på dette temaet var ein motivasjon til å stille som informant i prosjektet. Dette fortel meg at spørsmålet om korleis eldre på institusjon får tatt i vare sine, og korleis den offentlege eldre-

omsorga og kyrkja saman kan gi åndeleg omsorg til bebuarar på institusjon er ei viktig problemstilling som det er nyttig å sjå nærare på.

Eg stilte også spørsmål ved om eg i tillegg til sjukepleiarar burde ha intervjuet diakonar i denne studien. Då ville eg fått informasjon som hadde belyst temaet frå fleire sider, og slik fått ei enda tydelegare diakonal vinkling på temaet. Dette gjekk eg bort frå med bakgrunn i at det var sjukepleiarane sitt perspektiv eg såg på som det viktigaste å utforske, på grunn av at det for dei som arbeider i kyrkja er viktig å få forståing av kvar skoen trykkjer dersom vi skal kunne møte helsevesenet på ein god måte og vere gode samarbeidspartnarar til det beste for dei eldre som bur på institusjonane.

2.2.3. Reliabilitet

Reliabiliteten i eit forskingsprosjekt er grunnleggande og viktig å tenkje over. Det vil seie at dei data ein har samla inn er pålitelege og nøyaktige. Måten ein vel å bruke, samle inn og bearbeide data på, seier noko om kor påliteleg studien er (Johannessen, 2010).

I denne studien er det personlege haldningar og vurderingar som ligg til grunn for det innsamla materialet og ikkje talfesta funn. Dette gjer det vanskelig å seie noko om reliabiliteten. Eit moment som eg tenkjer er viktig å seie noko om i denne samanhengen er at dei som har meldt seg som informantar har meldt seg av eiga interesse. Dette kan nok påverke reliabiliteten på den måten at det kanskje er dei som er mest interessert i åndeleg omsorg som har meldt seg til å delta i prosjektet. Er mine informantar representative for sjukepleiarar flest? Då vil kanskje ikkje mine resultat kunne spegle korleis synet på dette er i institusjonen generelt. Likevel kan eg gjennom å spørje kva rutinar som finst og liknande få eit innblikk i om dette temaet blir sett på agendaen av leiinga ved institusjonen. Spørsmåla i intervjuguiden, og korleis desse blir stilt, blir derfor viktige for funna eg gjer i denne studien. I intervjuet har eg også valt å spørje kva som er bakgrunnen og motivasjonen for å delta i intervju. Her vil eg då finne ut av om dette er noko leiing har plukka ut nokon bestemt sjukepleiar til, eller om det er nokon som gjer dette fordi det er eit tema som engasjerer dei eller eventuelt eit tema som dei synes er utfordrande og krevjande i arbeidet sitt.

Eit anna element som kan seie noko om reliabiliteten i denne undersøkinga er kvar i landet undersøkinga har vorte utført. Alle institusjonane som er representerte ligg på nordvestlandet.

Dette er ein landsdel med tradisjon for at kristendomen fortsatt står sterkt som religion i forhold til andre religionar. På grunn av dette kan ein stille spørsmål ved om denne studien er representativ for landet generelt. Det at kristendomen står så sterkt enkelte stader er nok eit fenomen som er tydelegast lenger sør på vestlandet, men eg trur likevel vestlandet generelt skil seg frå andre landsdelar. Dersom det er eit problem at åndeleg omsorg ikkje vert teke på alvor i dei institusjonane eg har studert, er det grunn til å tru at dette er eit like stort problem andre stadar i landet der kristendomen generelt står svakare.

2.3. Ethiske omsyn

I all forskning er det viktig å vere bevisst på etiske prinsipp og retningslinjer ein må forhalde seg til når ein arbeider med små eller store studiar. Ein må vurdere kva som er rett og gale i dei situasjonane ein står i (Johannessen, 2010). I ein slik forskingsstudie er det mange omsyn ein må ta. I ein intervjusituasjon er det spesielt viktig å tenkje gjennom dei etiske dilemma som kan oppstå. Thagaard viser til at her er det viktig å vise respekt for personen som blir intervjuet slik at integritet og sjølvrespekt blir tatt i vare. Forskaren må også vere bevisst på å halde seg innanfor det vedkomande intervjuobjekt har samtykka til å vere med på. Slik sikrar ein seg å halde ein etisk forsvarleg standard på studien (Thagaard 2013).

Det er også utarbeidd forskningsetiske retningslinjer som er viktige å vite om når ein gjennomfører eit forskingsprosjekt. Det er den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) som har utarbeidd desse retningslinjene (Johannessen, 2010). I desse retningslinjene finn vi tre ulike omsyn som bør vurderast i eit prosjekt eller studie. Det er at informantane skal ha rett til sjølvbestemming og autonomi, forskaren har plikt til å respektere privatlivet til informantane og forskaren sitt ansvar for å unngå skade for informantane (Johannessen, 2010). Informantane sin rett til sjølvbestemming og autonomi vert i denne studien tatt i vare ved at dei er informerte om at dei kan trekkje seg frå studien gjennom heile prosessen. Spørsmåla i denne studien er i hovudsak knytt til deira yrkesliv og omsynet til informantane sitt privatliv blir difor mindre relevant i denne samanhengen, sjølv om fleire av informantane kom inn på korleis dei privat forhold seg til sitt personlege forhold til åndelege spørsmål og tru.

For ulike forskingsprosjekt er det også utarbeidd og lovfesta reglar for om eit prosjekt er melde- eller konsesjonspliktig. Dersom prosjektet behandlar personopplysningar og desse opp-

lysningane vert lagra elektronisk, har ein meldeplikt. Konesjonsplikta varierer ut frå i kor stor grad personopplysningane er sensitive opplysningar. Prosjekt som inneheld sensitive opplysningar kan likevel få unntak frå konesjonsplikt dersom nokre spesifikke vilkår er oppfylte. Meldepliktige prosjekt ved mange av forskningsinstitusjonane i Norge skal meldast til Personvernombud for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) som har ansvaret for å godkjenne slike prosjekt (Johannessen, 2010).

Før eg kunne starte arbeidet med å finne informantar til dette forskningsprosjektet vart det meldt inn og godkjent av NSD. Gjennom samtykkeskjema som vart førelagt informantane før intervjuet tok til, har informantane blitt gjort merksame på sine rettar i forhold til deltaking i prosjektet. Dei er informerte om at personopplysningane dei gir vil bli anonymiserte i oppgåva, og at deltakinga er frivillig og at dei kan trekkje seg frå å delta gjennom heile prosessen dersom dei ynskjer dette.

3. Teori

Eg vil i dette kapittelet gjere greie for teori knytt til åndeleg omsorg og som eg tenkjer er relevant for drøftinga av den problemstillinga eg har valt. Eg vil her presentere teori om eldre og aldring generelt. Kva skjer når ein blir gamal og kva har desse endringane å seie for den enkelte i forhold til behov for åndeleg omsorg. Eg vil også seie noko om kva åndeleg omsorg er, og også sjå nærmare på kva sentrale sjukepleieteoretikarar har sagt om dette temaet med eit særskilt fokus på Katie Eriksson og hennar sjukepleietenkning når det gjeld åndeleg omsorg. Dette er grunnlaget for sjukepleia si utvikling og vil ha noko å seie for korleis helsevesenet fungerer i dag. Vidare vil eg gjere greie for kva diakoni er, og kvifor åndeleg omsorg til bebuarar på institusjon er ei viktig diakonal oppgåve for kyrkja i dag saman med den offentlege eldreomsorga.

3.1. Eldre og aldring

Vi har den siste tida høyrte mykje snakk om at vi opplever ei «eldrebølge» i dagens samfunn. Dette betyr at det er ei stor auke i talet på eldre i samfunnet. Dette er eit resultat av at talet på barn som dør er sterkt redusert samtidig som behandlingstilbodet til vanlege sjukdomar hjå eldre har vorte mykje betre enn det har vore tidlegare. Dette fører til at færre dør av desse sjukdomane, og såleis lever dei eldre lenger enn tidlegare (Mensen, 2008). Med «eldre» meiner ein alle over 67 år. Denne aukinga går i bølger og vi er no inne i ei slik tid med rask auke i talet på eldre. Dette er ei stor utfordring for helsevesenet fordi dei eldre er den gruppa som står for ein stor del av sjukehusinnleggingar og bruk av kommunale pleietenester (Romøren, 2008).

Alderdommen er den siste fasen av livet. Dette er ein livsfase der heile organismen vert svekka, både når det gjeld det mentale og det kroppslige (Engedal, 2019). Alderdommen kan ein grovt sett dele i to grupper, den tredje og den fjerde alder. Den tredje alder vert også kalla dei «yngre eldre» og er frå 67-80 år, medan den fjerde alder er dei «eldre eldre» og omfattar dei som er over 80 år. Det er her dei store endringane skjer for dei fleste eldre. Her kan ein hjå mange sjå at sansane vert svekka og sjukdomar som for eksempel hjarte-karsjukdomar, hjerne slag og demens vert vanlegare på grunn av dei endringane som skjer i kroppen (Romøren, 2008). Dette kan ofte føre til eit auka hjelpebehov som igjen kan føre til institusjonsopphald

for kortare eller lengre tid. Funksjonsnivå og hjelpebehov er sjølvsagt svært individuelt, nokre er sjølvhjelpete lenger enn andre, men Romøren brukar denne inndelinga av eldre som gruppe.

Det finst ulike teoriar om kva som styrer aldringsprosessen hjå menneska, men dette har ein ikkje noko sikkert svar på. Det ein veit er at genetiske faktorar i stor grad styrer kor gamle den einskilde blir, men også ytre og miljømessige faktorar kan spele inn på levealderen. Det er også både positive og negative faktorar innan miljø som påverkar dette. Negative miljøfaktorar som røyk og alkohol i store mengder påverkar levealderen, ved at den vert redusert for dei fleste som i stor grad har blitt utsatt for slike negative miljøpåverknader. Samtidig kan både fysisk og mental aktivitet saman med eit optimistisk og positivt syn på livet føre til at ein lever lengre (Engedal, 2019).

Aldring er det som skjer med alle menneske frå vaksen alder og resten av livet. Aldring kan ein dele inn i tre ulike kategoriar. Dette er biologisk aldring, psykologisk aldring og sosial aldring. Den biologiske aldringa dreier seg om korleis kroppen biologisk eldast. Denne typen aldring gjeld alle kroppen sine organ og funksjonar og er innebygd i cellene våre sine eigenskapar. Dette påverkar både sansane våre ved at dei gradvis vert dårligare og dårligare og at reservekapasiteten vert redusert. Psykologisk aldring handlar om det intellektuelle. Dette kan vere endringar i forhold til å klare å lære nye ting og evna til problemløysing, men det handlar også om endringar knytt til hukommelse og intelligens. Oppgåver som før var ukompliserte tek lenger tid etter kvart som den psykologiske aldringa skrid framover. Sosial aldring handlar om at dei sosiale rollene til den enkelte endrar seg når ein vert eldre. Endringar når ein går frå arbeidsliv til pensjonisttilværet er eit eksempel på dette. Endringar i samband med generasjonsskifte når ein går frå å vere besteforeldre til å verte oldeforeldre er eit anna eksempel på sosial aldring der rollene endrar seg (Romøren, 2008).

Dei eldre som bur på eldreinstitusjon er stort sett dei eldste av dei eldste i samfunnet. Det er i denne delen av befolkinga stort sprik når det gjeld helse, intellektuell kapasitet, funksjonsnivå og sosiale forhold. Det er difor viktig å ta omsyn til dei store individuelle forskjellane i gruppa av eldre i samfunnet vårt (Ranhoff, 2008). Dette vert viktig å huske på i samband med eldre som bur på institusjon og deira behov.

3.2. Åndeleg omsorg

Åndeleg omsorg er eit vidt begrep som det er vanskelig å gi ein klar definisjon på. Kva inneber åndeleg omsorg? Dette er eit begrep som er nært i slekt med begrepet åndelege behov, men mange vil meine at der er eit skilje mellom desse to. Åndeleg omsorg handlar om noko meir enn å dekke eit behov slik som vi tenkjer om andre typar behov for eksempel økonomiske, fysiske og sosiale behov. Desse er lette å sjå og kan tilfredsstillast, medan åndelege behov er av ein annan karakter og let seg ikkje tilfredsstillast på same måte. Dei kan også vere langt vanskelegare å identifisere hjå den andre (Schmidt, 2011).

Nokre vel også å sidestille eksistensielle spørsmål med åndelege spørsmål. Dette er det fleire ulike syn på. Sjukehusprest Leif Lie-Bjelland skil mellom desse behova ved å seie at eksistensiell omsorg og spørsmål er noko allmennmenneskeleg som gjeld for alle menneske uavhengig av religiøsitet. Alle har eksistensielle behov i løpet av livet, medan dei åndelege behova har ei åndeleg referanseramme og blir viktig berre for dei som forhold seg til ei makt som er større enn seg sjølv (Schmidt, 2011).

Åndeleg omsorg er eit tema som ikkje er nytt i sjukepleiaren sitt arbeidsfelt. På 1800-talet var den moderne sjukepleie nært knytt til religiøse omgrep som kall, nestekjærleik og barmhjertighet. Det var alt på denne tida naturleg å rekne åndeleg omsorg som ein del av sjukepleiaren si forståing av heilhetlig sjukepleie. Utover 1900-talet fekk den medisinske utviklinga i større grad prege dette fagfeltet og helsevesenet generelt, noko som førte til at andre fagfelt fekk dominere sjukepleieforståelsen (Tveit, 2012). Dette er likevel eit tema som no har fått større plass i sjukepleiefaget fordi heilhetlig sjukepleie har fått større fokus dei seinare åra.

Bodil Tveit peikar på to ulike måtar å forstå omgrepet «åndeleg omsorg». Den eksklusive og den inklusive forståinga av omgrepet åndeleg omsorg og åndelighet (Tveit, 2012). Den eksklusive forståinga av desse begrepa er at åndelighet berre dreiar seg om religiøsiteten til mennesket. Med dette vert åndeleg omsorg direkte knytt til gudstru, tilknytning til religiøse institusjonar og behov for å praktisere ritual som sentralt i denne forståinga av desse begrepa.

Denne eksklusive og smale forståinga, kan lett føre til at åndeleg omsorg vert så spesifikt at det vert ei sak for ekspertane. Dette fører til at rolla til dei profesjonelle, som i denne oppgåva er sjukepleiarar, vert å henvise pasientar eller bebuarar til ekspertar som sjukehusprest, sjukehusdiakon eller andre. Den inklusive forståinga av begrepet åndeleg omsorg er eit langt vidare begrep som rommar både religiøse og ikkje-religiøse livsoppfatningar. Her vil religiøs ståstad

ha mindre å seie og begrepa vert allmenne og noko som er relevant for alle menneske. Kritikken mot denne forståelsen av begrepet åndeleg er at det blir ein upresis og vag definisjon, som det er vanskeleg å handtere i det praktiske arbeidet med pasientane (Tveit 2012).

I ein del litteratur kan åndelege behov også omtalast som eksistensielle behov. Det er vanskeleg å setje eit klart skilje mellom desse begrepa, men eg har derfor i hovudsak valt å bruke åndeleg omsorg og åndelege behov fordi begrepet eksistensielle behov og spørsmål kan omfatte så mykje meir enn det som er meint i denne oppgåva og som folk flest legg i begrepet åndeleg.

Åndeleg omsorg vil altså omhandle dei eldre sitt ønske og behov for hjelp til å dekke åndelege behov som bøn, bibellesing, samtale om tru, men også andre eksistensielle spørsmål når dei sjølve vert for dårlige til å kunne handtere dette sjølv. Kva med den gamle dama som har lese i Bibelen kvar dag heile sitt liv, og som no sit på ein institusjon og ikkje klarer dette lenger på grunn av forverra helse eller syn. Det er likevel ikkje grunn til å tru at det vert mindre viktig for henne når ho vert gamal og ikkje greier det sjølv lenger. Kven har då ansvar for å hjelpe henne med å få dekt slike behov?

Fleire av sjukepleieteoretikarane som har vore med på å utforme sjukepleiaryrket slik det er i dag har også med aspekt i sine sjukepleieteoriar som seier noko om verdien av den åndelege omsorga til pasientane. Eg vil sjå nærmare på kva Katie Eriksson seier om temaet åndeleg omsorg i sin sjukepleieteori. Dette tenkjer eg er viktig å ha med fordi sjukepleiaryrket slik det er i dag er eit resultat av slike teoriar og utviklinga av yrket.

Åndeleg omsorg til pasientar som tek imot helse- og omsorgstenester er lovfesta rettar som den einskilde har gjennom ulike lover, retningslinjer og reformer. Det er derfor viktig at institusjonane og dei som arbeider i dette feltet blir bevisstgjort på dette, og at dei får kunnskap om kva pasientane har rett på når det gjeld åndeleg omsorg og høve til å få utøve trua si i praksis.

3.3. Sjukepleieteoretikarar og åndeleg omsorg

I sjukepleiefaget finn vi fleire sjukepleieteoretikarar som er opptatt av også det åndelege aspektet i pasienten sitt behov for sjukepleie. Ein kallar dette eit holistisk menneskesyn der heile mennesket står i fokus og ikkje berre dei fysiske og psykiske behova. Med eit slikt menneske-

syn blir også dei åndelege behova til pasienten ein viktig del av heilhetlig sjukepleie til pasienten. Det finst fleire teoretikarar som har element av dette i si forklaring av kva sjukepleie er, men eg har valt å kort nemne Virginia Henderson og kva ho seier om dette i si sjukepleietenkning. Eg vil også særskilt presentere Katie Eriksson sin sjukepleietenkning som eg synest tek spesielt omsyn til den åndelege dimensjonen som ein del av generell sjukepleie.

Virginia Henderson sin teori har nokre element av dette temaet, men det er ikkje her hovudvekta ligg. Ho er opptatt av pasienten si eiga oppfatning og gjenvinning av eiga helse. Sjukepleiaren sitt ansvar er å gå inn og hjelpe og støtte pasientane når ikkje dei sjølve er i stand til å oppretthalde sine eigne grunnleggjande behov. Henderson definerer ansvarsområdet til sjukepleiaren på denne måten:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Kirkevold, 2001:101).

I sin teori har Henderson utarbeidd fjorten punkt som inngår i generell sjukepleie. Desse punkta omfattar både konkrete behov som for eksempel ernæring, hygiene, respirasjon og eliminasjon, men fleire av punkta handlar også om sosiale og psykiske behov. Eit av desse punkta handlar om å hjelpe pasienten med å praktisere sin eigen religion og handle slik han meiner det er rett (Kirkevold, 2001). Sjølv om Henderson ikkje nemner åndeleg omsorg spesielt i sin teori vil eg likevel ta med noko om dette fordi ho gjennom desse 14 punkta og i sin definisjon av sjukepleiaren sitt ansvarsområdet har omsorg for heile mennesket med alle dei grunnleggjande behova som pasienten kan ha. Ho ser ikkje berre dei fysiske behova men definerer også sosiale og åndelege behov inn i si sjukepleietenkning.

Det er nokre av sjukepleieteoretikarane som har åndeleg omsorg som ein integrert del av si sjukepleietenkning. Eg har valt å spesielt presentere Katie Eriksson sin sjukepleieteori. I sin teori seier ho noko om korleis pasienten sitt forhold til Gud og andre omsorgsgivarar påverkar begrepet omsorg. Dette vil eg forklare som ei grunnforståing for omsorgsbegrepet.

3.3.1. Katie Eriksson

Katie Eriksson er ein svensk sjukepleieteoretikar som har skriva mange bøker og artiklar om forholdet mellom sjukepleie, omsorgsforskning og helsebegrepet. Ho er ein av dei sentrale sjukepleieteoretikarane som set ord på og fokuserer på at den åndelege og eksistensielle dimensjonen i livet påverkar og er sentral innan sjukepleie og i omsorg til pasienten. Hennes forfatterskap starta på slutten av 1970-talet. Over ei årrekke kan ein sjå at ho prøvde å skape ein ny og visjonær omsorgsforskning (Kirkevold, 2001).

Katie Eriksson ser på omsorg som ein naturleg del av livet og av det å vere menneske. Alle menneske er naturlege omsorgsgivarar. Ho definerer omsorg på denne måten:

At yde omsorg (caring) indebærer, at der skabes en tilstand af tillid, tilfredshed, kropsligt og åndeligt velvære samt en fornemmelse af at være i udvikling for at forandre (oprethold, igangsætte eller støtte) sundhedsprocesserne gennem forskellige former for at passe og pleje, at lære at lege (Eriksson, 1996:17).

Gjennom ti punkt har ho sett ord på kva som er utgangspunktet for omsorg (Eriksson, 1996). Ved desse ti punkta og i sin omsorgsteori generelt legg ho vekt på eit heilhetleg menneskesyn med ei tredeling av mennesket, gjennom begrepa kropp, sjel og ånd. Desse er grunnlaget for å forstå sjølv og sin struktur og forholdet til "den andre". Eriksson beskriv mennesket gjennom sine relasjonar til "den andre". Her skil ho mellom "den konkrete andre", som utgjer pårørande, venner og profesjonelle omsorgsgivarar, og "den abstrakte andre". Den "abstrakte andre" blir her beskrive som ein form for Gud eller ein åndeleg dimensjon (Eriksson, 1996).

Mennesket sitt forhold til den abstrakte andre kan i følge Eriksson beskrivast med orda tru, von og kjærleik. Ho seier at utgangspunktet for all omsorg kan forklarast gjennom desse tre begrepa. Dette er fundamentale aspekt ved den "abstrakte andre". Desse begrepa er også viktige i relasjonen til andre menneske. Tru og håp seier noko om forventninga mennesket har til framtida, samtidig som den inneber eit fellesskap med Gud og håp om fullending og heilhet. Kjærleiken beskriv ho som ei bru mellom sjølv og den andre. Kjærleiken er grunnlaget for tru og håp. Ho har gjennom sin teori teke utgangspunkt i den kristne trua, men dette kan også like gjerne vere basert på ei tru på noko som er større enn seg sjølv (Eriksson, 1996).

Eriksson ser på omsorg som ein naturleg eigenskap ved alle menneske. Denne eigenskapen blir aktivert gjennom pleie, lek og læring i eit omsorgsfremmande miljø. Omsorgsbegrepet

handlar om heilhet og skal fremme helse gjennom både kroppslege, sjelelege og åndelege aspekt. Omsorg i eit profesjonelt perspektiv dreier seg om meir enn prosedyrar og kroppslege behov. Den skal ta utgangspunkt i heile mennesket og fremme pasienten si totale helse. Begrepet caritas er sentralt i Eriksson si omsorgstenking. Både motivet for kjærleik og barmhjertighet er viktige element i forståelsen av begrepet caritas. Dette handlar om meir enn det å gi hjelp og støtte og blir kalla karitativ omsorg (Kirkevold, 2001). Denne omsorgstenkinga og tanken om at omsorg heng tett saman med helsebegrepet ved å sjå heile pasienten gjeld gjennom heile livet, og blir like viktig hjå eldre pasientar som ikkje lenger klarer å oppretthalde eiga helse på grunn av auka hjelpebehov frå den profesjonelle omsorga.

Profesjonell omsorg som sjukepleiarar eller anna pleiepersonell skal understøtte og erstatte den naturlige omsorga når denne vert utilstrekkelig. Den naturlege omsorga er omsorg ytt av andre som har ein relasjon til pasienten, som familie eller nær omgangskrets. Målet med sjukepleie er å tilfredsstille pasienten sine behov, samt gjere den naturlege omsorga i stand til å overta omsorga sjølve. Sjølv om det i ein del tilfeller vil vere behov for varig profesjonell omsorg, kan behovet bli mindre dersom den naturlige omsorga vert utvikla (Eriksson, 1996). Ho held også heilhetlig sjukepleie fram i forhold til fagleg kompetanse og tverrfagleg samarbeid rund pasienten. Tverrfagleg omsorg vil seie at ulike profesjonar, som for eksempel lege, sjukepleiar og sjelesørgjar, må samarbeide slik at dei ulike fagområda verkar forsterkande og utfyllande på kvarandre (Eriksson, 1996).

3.1. Diakoni og åndeleg omsorg

Utfordringar knytt til åndeleg omsorg hjå eldre på institusjon og korleis kyrkja her kan bidra er ein del av kyrkja sitt diakonale arbeid. Eg vil difor her gi eit innblikk i kva diakoni er generelt ut frå DNK si diakoniforståing, og spesielt presentere dei områda innanfor diakonien som er knytt til åndeleg omsorg for eldre i institusjon. Dette er eit felt som tilsette i kyrkja sit på mykje kompetanse om, spesielt innan sjelesorg. I tillegg til sjelesorg er kyrkja også ein naturleg samarbeidspartnar for kommunale institusjonar når det for eksempel gjeld tilbod om forbøn og nattverd til sjuke og døyande. Kyrkja si diakoniforståing og det kristne menneskesynet er sentrale element som blir viktige for kyrkja sitt diakonale arbeid og rolle i lokalsamfunnet.

3.1.1. Kva er diakoni?

I plan for diakoni blir diakoni definert slik: « Diakoni er kyrkja si omsorgsteneste. Den er evangeliet i handling og blir uttrykt gjennom nestekjærleik, inkluderande fellesskap, vern om skaparverket og kampen for rettferd.» (Kirkerådet, 2007).

Desse fire arbeidsområda er grunnlaget for DNK si diakonale tenkning. «Diakoni er både og vere og gjere» står det i Plan for diakoni (Kirkerådet, 2008). Med dette er det meininga at kyrkja og dei kristne generelt gjennom handling skal vise kva trua betyr. Menneska er skapte i Guds bilde for å vere medmenneske og ta vare på alt som Gud har skapt (Kirkerådet, 2008). Diakonien er grunnlaget for alt kyrkjeleg arbeid, men blir også sett på som ein viktig aktør på den offentlege arena som ein samarbeidspartner og eit supplement til den offentlege omsorga. Diakonien er karitativ, og kjærleik er eit etisk grunnmotiv for diakonien (Johannesen, 2009).

Det diakonale arbeidet i lokalkyrkjelyden er eit omfattande arbeidsfelt med mange ulike oppgåver. Gjennom ei kartlegging frå 2005 har Olav Helge Angell og Anne Schanke Selbekk komt fram til fem profilar som utgjer dei viktigaste satsingsområda innanfor diakonien ut frå kyrkjelydane si eiga vurdering. Desse fem profilane var den omsorgsorienterte profilen, den samarbeidsorienterte profilen, den kirkeorienterte profilen, den politiske og nødsorienterte profilen og den institusjonsorienterte profilen (Jordheim, 2011).

Nestekjærleik og inkluderande fellesskap er dei to satsingsområda i diakonien som er mest aktuelle i forhold til temaet åndeleg omsorg til eldre i institusjon. Begrepet neste står sterkt i diakonien. Kven er vår neste? Den diakonale tenkninga handlar om at menneska skal bære kvarandre og tene kvarandre. Bibelhistoria om den miskunnsame samaritanen (Luk. 10,25-37) vert ei slag idealforteljing for evangeliet i handling og diakonal omsorg.

Det er diakonen som leier det diakonale arbeidet i kyrkjelyden. Diakonen har mange ulike funksjonar og arbeidsområde, og har ansvar for planlegging og gjennomføring av kyrkjelyden sin lokale diakoniplan. Diakonen er ein del av kyrkja sitt leiarskap med eit særskilt ansvar for å rekruttere, utruste og rettleie frivillige medarbeidarar i kyrkjelyden. I tenesteordninga frå 1996 vert oppgåver som sjelesorg, sorgarbeid, omsorgsarbeid til menneske som treng hjelp og støtte, liturgiske oppgåver, gå i soknebod, samarbeide med lokale frivillige og offentlege instansar samt fokus på internasjonal diakoni sett på som arbeidsoppgåver som ligg til diakonen sitt arbeidsområde (Jordheim, 2011). Gjennom lokal diakoniplan vert det gjort tydeleg kva

som er den lokale kyrkjelyden sine satsingsområde og tiltak som diakonen har ansvar for å organisere.

Kyrkjerådet har i heftet "Kirke og helse" peika på ein del områder innan helseomsorg som er relatert til kyrkja sitt oppdrag og står sentralt i diakonale institusjonar og kyrkjelydsarbeidet i kyrkja. I dette heftet får vi eit innblikk i kva kyrkja ser på som sine utfordringar og arbeidsfelt knytt til helsebegrepet, både når det gjeld fellesskap, teologi, forkynning, politikk og som samarbeidspartnar og støttespelar i samfunnet (Kirkerådet, 2015). Det diakonale arbeidet er eit vidt arbeidsfelt og er ein sentral del av kyrkja sitt arbeid.

Helsebegrepet står sterkt innanfor arbeidet i DNK. Mykje av arbeidet som her vert drive er relatert til helse. Menneske sin helsesituasjon påverkar heile livet og i periodar kan dette vere utfordrande i fellesskap og samhandling med andre. Kyrkja ynskjer å vere eit inkluderande fellesskap. Dette er ei av fire søyler innanfor diakonien som omhandlar at kyrkja skal vere ein plass for fellesskap for alle, også for dei som slit med like typar utfordringar knytt til helse (Kirkerådet, 2015).

Sjelesorg er ei av oppgåvene som høyrer til den diakonale tenesta i kyrkja. Ei anna oppgåve for diakonen er å vere ein samarbeidspartnar og brubyggjar mellom kyrkje og lokalsamfunn (Jordheim, 2011). Desse to områda vil eg sjå nærmare på i dette kapitlet. Korleis kan dette påverke arbeidet med åndeleg omsorg til bebuarar i institusjonane.

3.1.2. Menneskesyn og diakoni

Diakonien byggjer på det kristne menneskesynet. Grunnlaget for det kristne menneskesynet er at kvart einaste menneske er ukrenkeleg, unikt og skapt i Guds bilete (1.mos 1,27). Dette gir mennesket ein uendeleg verdi uavhengig av ytre faktorar som kjønn, alder, sosial eller økonomisk status (Okkenhaug, 2001). Kva vi oppnår eller opparbeidar oss seier ikkje noko om vår verdi som menneske. Ved at gud skapte mennesket i sitt bilde, skapte han mennesket for å tene kvarandre og ha nestekjærleik for medmenneska. Det kristne menneskesynet gir det ein-skilde mennesket ein eigenverdi berre ved at det er til, og ikkje på grunn av dei mål ein oppnår i livet (Fanuelson, 2009). Gud har også gitt mennesket eit særskilt ansvar som forvaltarar av heile skaparverket, eit forvaltaransvar som skaparverket er avhengig av at menneska tek på alvor (Kirkerådet, 2007).

Det er dette menneskesynet som ligg til grunn for kyrkja sitt diakonale arbeid. Nestekjærleik, inkluderande fellesskap, kamp for rettferd og vern om skaparverket som utgjer diakoniplanen grunnlag, er alle uttrykk for arbeidsområder som er sterkt knytt opp til det kristne menneskesynet.

3.1.3. Sjelesorg og diakoni

Sjelesorg kjem av det tyske ordet «Seelensorge» og direkte omsett betyr dette «omsorg for sjela» (Okkenhaug, 2002). Okkenhaug omtalar sjelesorg som ein form for samtaleterapi, men ved å gå vekk frå begrepet sjelesorg kan ein miste noko av det kyrkjelege som ligg i dette begrepet. Denne kristne grunntonen i sjelesorgen gir denne type samtalar ein annan funksjon og andre verktøy enn det som er vanleg i for eksempel andre terapeutiske samtalar. Ein sjelesørgjerisk samtale er ein samtale som oppstår mellom ein sjelesørger og ein konfident med eit utgangspunkt i at begge partar tek med seg sitt liv og dei livserfaringane ein ber med seg inn i samtalen. Sjelesørgjaren har ei rettleiande rolle, men blir også sett på som ein medvandrar for den som søker sjelesorg (Okkenhaug, 2002). Sjelesørgjaren sin viktigaste reiskap i møte med konfidenten er sjelesørgjaren sitt eige liv og sine livserfaringar. Det å vere bevisst på sin eigen kompetanse og å kjenne sine eigne sterke og svake sider er viktig i ein sjelesørgjerisk relasjon (Engedal, 2004).

Sjelesorg byggjer på og er sterkt knytt til eit kristent menneskesyn med utgangspunkt i at mennesket er skapt, frelst og heldt oppe av Gud. Vi er skapt i Guds bilde med ein ukrenkelig verdi, der menneskeverdet ikkje kan graderast ut frå sosiale og menneskelige faktorar. Sjelesorg er også basert på eit holistisk syn på menneske der kropp, sjel og ånd høyrer saman. Åndelege og sjelelege smerter kan gi seg utslag i kroppslege symptom. Angst hjå sjuke og døydne kan vere eksempel på dette. Denne angsten vert knytt til spørsmål rundt det å skulle dø og spørsmål til om livet ein har levd har vore bra nok i møte med døden, men også i møte med Gud (Okkenhaug, 2002).

I samband med denne oppgåva synes eg det er relevant å trekkje fram dei sjelesørgjeriske oppgåvene i diakonien. Sjelesorg er ein del av kyrkja sitt diakonale oppdrag. I ein artikkel i Tidsskrift for sjelesorg har Margit Lovise Holte skrive om sjelesorg i lokalkyrkjelyden. Det å vere ein samtalepartner eller sjelesørgjar om både vanskelege og utfordrande spørsmål er noko som ligg både til diakonen og prestane sin arbeidskvardag og er forankra i ordinasjons-

løftet til prestane (Holte, 2019). I sin artikkel i tidsskrift for sjelesorg opnar Holte for ei vid forståing av sjelesorg som samtalar som skjer i ein kyrkjeleg kontekst. For mange kan nok ordet sjelesorg vere framandt, og mange kan nok stille seg spørsmål til kva som kvalifiserer for å gå i sjelesorg, men det er viktig å vere tydeleg på at vi kan vere ein samtalepartner i ulike situasjonar for medmenneska rundt oss. Dei mange kvardagslege arenaer i kyrkjelyden kan gi tryggleik og opne vegen for å ta samtalen vidare i eit anna rom for dei som kjenner behov for dette. Eit viktig grunnlag for den sjelesørgjeriske samtalen er at det skjer i eit rom med tillit og teieplikt, og sjelesørgjaren har ansvar for å ikkje opne samtalen i andre rom og arenaer som kjennes utrygge for konfidenten (Holte, 2019). Det å vere eit medmenneske, nokon som ser og lyttar til den andre sine behov er ei viktig og diakonal oppgåve også når det gjeld åndeleg omsorg til eldre. Det er kanskje andre problem og tema som blir viktige når er i ein avsluttande fase av livet.

3.1.4. Diakon som samarbeidspartner og brubyggjar

Samarbeid med ulike offentlege instansar og frivillege organisasjonar er eit av arbeidsområda til diakonen (Jordheim, 2011). Her kan diakonen fungere som ein slags «brubyggjar» mellom kyrkja og lokalsamfunnet. Her må kyrkja vere på tilbodssida og marknadsføre seg sjølv og kva den kan tilby til det offentlege og lokalsamfunnet. På denne måten er kyrkja med den kompetanse som dei ulike tilsette har ein verdifull samarbeidspartar for ulike instansar i kommune og lokalsamfunn. Mange diakonar og prestar er representerte i dei kommunale kriseteam eller omsorgsgrupper, men det er også andre arenaer i lokalmiljøet som kan ha nytte av den faglege kompetansen som diakonar og prestar har, ved at dei tek del i ulike tilbod til grupper i samfunnet som treng hjelp og støtte i vanskelege livssituasjonar (Jordheim, 2011). Eksempel på dette kan vere sorggrupper, samarbeid med kommunal kreftomsorg eller andre grupper innanfor helsevesenet som psykiatri og rus, språkkafe for innvandrarak saman med andre lokale instansar og liknande. Mi erfaring er at det å kunne vere ein ressurs inn i slike forum er kjærkome også av økonomiske årsaker. Alle offentlege instansar i kommunane er hardt styrt av økonomi og det er vanskeleg å stille mykje ressursar til rådighet frå ein instans. Då er det greitt at fagpersonar med ulike fagbakgrunnar og frå ulike etatar kan samarbeide om viktige tilbod for lokalsamfunnet.

4. Funn

Eg har gjennom seks intervju med sjukepleiarar prøvd å finne ut av korleis bebuarar på institusjon får ivaretatt sine åndelege behov. Eg vil i dette kapittelet presentere dei funna eg har gjort i desse intervju. Eg vil sjå på kva som er likt og kva som er skilnaden på dei ulike institusjonane eg har studert. Eg har valt å dele desse funna inn i tre ulike kategoriar. Hovudfokuset mitt vil vere på korleis åndeleg omsorg blir ivaretatt i institusjonen og kva slags rutinar som finst i forhold til både det å yte slik omsorg, men også rutinar for å registrere og dokumentere åndeleg omsorg på dei ulike avdelingane eller institusjonane. I tillegg har eg også teke med ein del som tek føre seg ulike former for samarbeid med instansar utanfor institusjonen og korleis kyrkja kan vere ein verdifull samarbeidspartnar i forhold til dette temaet. Kva tenkjer dei som arbeider nært bebuarane i eldreomsorga at kyrkja kan bidra med for at bebuarane kan få dei åndelege behova sine dekt på ein best mulig måte? I den tredje delen vil eg kort gjere greie for funn knytt til åndeleg omsorg til bebuarar som høyrer til andre religionar og kva erfaring informantane har på dette området.

4.1. Åndeleg omsorg og rutinar i avdelinga

4.1.1. Åndeleg omsorg og heilhetlig sjukepleie

I starten av intervjuet spurde eg alle informantane om kva dei la i begrepa «åndeleg omsorg» og «heilhetlig sjukepleie». For fleire var dette i starten litt vanskelig å sette ord på, men det var viktig for meg for å få ei forståing av kva dei la i desse begrepa og at vi snakka om det same gjennom intervjuet når vi brukte begrepa åndeleg omsorg og heilhetlig sjukepleie. Ein av informantane mine sa dette om åndeleg omsorg:

Det er eit stort begrep. For meg er åndeleg omsorg det å vere observant og sjå kva er det dei har på nattbordet sitt, kva er det dei har på veggane sine som kan signalisere at dei trur på Gud(...) Nokon kan nok ha eit åndeleg behov som ikkje heilt samsvarar med mitt sitt då, og det må eg kunne vere i stand til å sjå og høyre og respektere. For

åndeleg det er mykje det. For meg så tenkjer eg meir det at det er å tru på ein gud, det er å søke trøst og støtte i ein vanskeleg situasjon i Gud. (Informant A)

Det var stor variasjon i kva informantane tenkte at åndeleg omsorg inneber. Dette blir nok litt farga av informantane sitt eige forhold til tru og åndelighet. Nokon av informantane mine var tydelig på sin eigen religiøse ståstad og kva som var viktig for dei, men dette var ikkje noko som kom fram i alle intervju. Det vil difor vere vanskeleg for meg å seie noko om i kor stor grad dette påverkar informantane sitt forhold til åndeleg omsorg. Nokon av informantane rekna seg som kristne, medan andre ikkje ikkje definerte seg som kristne. I nokon av intervju vart ikkje deira eigen ståstad i forhold til religiøsitet omsnakka. Ein annan av informantane sa dette om åndelege behov:

Åndeleg behov kan no vere så mangt. Nokon føle åndeleg behov for å vere i naturen, nokon føle for religion og det kan vere så mange måtar tenker eg då. (Informant D)

Mange var likevel tydelege på at det her er pasienten som er i fokus og at pleiar sine haldningar og synspunkt må setjast til sides i ein slik samanheng. Fleire sa likevel noko om at dette kunne vere eit utfordrande tema for dei pleiarane som ikkje var kristne. Likevel kan den åndelege dimensjonen vere viktig å ta omsyn til. Ei anna sa dette om åndeleg omsorg:

Å møte dei der dei er i deira sin religion og livssyn, ikkje sant, og kunne snakke med dei (...) Det er å møte dei der dei er, og ikkje avfeie ting, og ikkje sjølv sei kva du er og ikkje er. Å vere ein nøytral person, at dei får lov å prate om det som er viktig. Det er åndeleg omsorg, veldig mange har behov for å tru på noko, tru på at noko er større enn dei og tru på at noko godt kjem ut av livet og at det er ei meining med livet. (Informant F)

På spørsmålet om heilhetlig sjukepleie var dei litt meir samstemte i svara sine. Her er heile mennesket i fokus ikkje berre primære behov som mat, medisin og stell, men også alt det andre som pasienten er og har behov for.

Ja, heilhetlig omsorg, det er både det fysiske, det psykiske og det åndelege. Eg ser ikkje berre på at eg skal ivareta og kunne gi dei den fysiske omsorga med mat, drikke, stell, men eg tenker også at vi skal vere i stand til å gi dei den åndelege omsorga også. Det er for meg heilhetlig. (Informant A)

Det å kunne sjå heile pasienten og alle deira behov var viktig for alle informantane mine. Det å sjå alt rundt pasienten også eksistensielle og åndelege behov er ein del av den heilhetlige sjukepleia.

4.1.2. Registrering av religiøs tilknytning

På dei fleste institusjonane som her er representerte vart det på ein eller annan måte registrert kva religiøs tilknytning eller vanar bebuarane på institusjonen har. Dette var det ulike rutinar for på dei ulike institusjonane. Dette kunne for eksempel vere spørsmål på ein innkomsamtale eller gjennom ulike kartleggingsskjema også kalla anamneseskjema eller erindringskjema som alle bebuarar fyller ut, gjerne i samarbeid med pårørende ved innkomsamtalen på institusjonen.

Det er noe vi spør om på inkomstsamtale. Veldig mange av våre pasienter har ikke samtykkekompetanse og veldig mange klarer ikke å svare for seg, fordi dei har kommet så pass langt i sykdomsfasen. Så da spør vi pårørende hva pasienten har av tro. Så det fanga vi opp der ved innkomsamtale (...) Vi spør i alle fall pårørende, vi deler ut et sånt pasientopplysningsskjema som pårørende fyller ut sammen med pasienten viss pasienten er såpass klar. Hvis ikke fyller de det ut, og da er et av spørsmåla hva religiøse behov dem har. (Informant C)

Ein av informantane nemnte også at dei hadde starta arbeid med å lage palliativ planar på alle bebuarar og her vil det vere med opplysningar om religiøse ønskjer og behov som vedkomande måtte ha. Dette er ein plan som er nyttig å ha på alle pasientar, men som ofte vert mest nytta når pasienten er i den palliative fasen og livet går mot slutten.

Ein av institusjonane hadde ikkje faste rutinar for slike registreringar. Her gjekk dei ut frå at alle høyrde til DNK, men visste lite om kva slags behov den enkelte bebuar hadde knytt til dette temaet ved innkomsamtalen i institusjonen.

Sjølv om det stort sett var gode rutinar for slik registrering ved innkomsamtale, gav informantane inntrykk av at desse opplysningane vart lite brukte. Det var ikkje vanleg å skrive slike behov i den daglege rapporten om pasientane. Det var også fleire som gav uttrykk for at det var veldig personavhengig om slike behov vart tatt hensyn til. Ikkje alle på dei ulike arbeidsplassane ser verdien og nytta av at desse behova vert dekt. Fleire av informantane gav inntrykk av at denne

typen registreringsskjema var eit verktøy for å bli kjende med pasienten når han eller ho var ny i institusjonen. Ein av informantane mine sa dette om korleis opplysningane i skjemaet blei brukt av dei andre pleiarane i institusjonen:

Nei. Det er individuelt. Det er litt kva slags type person du er som helsepersonell. Det trur eg. Eg skal ikkje sei det sånn heilt bastant, men vi har tilgjengelig dette skjemaet i alle fall og det er på en måte... det er våra.. det er klart vi blir kjent med pasientane våra uansett, det blir vi uansett, så å gå etter et skjema blir no feil å sei , men at vi har det som eit hjelpemiddel i hvertfal. (Informant E)

4.1.3. Å gi åndeleg omsorg

På spørsmålet om kven som har ansvaret for at åndelege behov vert dekt svara alle at det er dei faste tilsette som arbeider tettast opp mot bebuarane som har ansvaret for den åndelege omsorga. Nokre få sa også noko om at leiinga ved institusjonen hadde eit ansvar i forhold til å legge til rette for åndeleg omsorg. Det vart også kommentert at dette ikkje kan forventast av dei som er inne som vikarar fordi dei ikkje kjenner bebuarane på same måte som dei faste tilsette gjer.

Alle informantane ser på den åndelege omsorga som ein viktig del av den sjukepleia som dei gir. Det er viktig for dei å gi bebuarane den åndelege omsorga dei treng også på dette området. Ein av informantane mine sa dette:

Det er veldig viktig for meg fordi det er eit, eg meiner at det er eit grunnleggende behov, på lik linje som ernæring og stell og det å ta vare på det sjelelige og det åndelege er veldig viktig. Uansett om en har ei personlig tro eller ikkje så meina eg at det stille på lik linje då. (Informant C)

Eg spurte også kor viktig dette var i forhold til kravet om heilhetlig sjukepleie. Svara på dette punktet var litt meir delte. Nokre av informantane meinte likevel at dei åndelege behova var like viktige som andre primære behov som mat og stell i forhold til det med heilhetlig sjukepleie. Medan andre sa at åndelege behov var mindre viktig dersom ein måtte prioritere mellom desse behova. Ein av informantane gav uttrykk for at dersom ein tok omsyn til dei åndelege behova til pasientane kunne dette påverke for eksempel bebuarane sine behov for medikament. Det vart også kommentert at bruk av salmesong i samband med for eksempel hjelp til

stell kan vere beroligande på enkelte bebuarar og vere eit godt tiltak for å halde dei rolige. Dette gjeld spesielt i arbeid med bebuarar som har ein demenssjukdom. Dei fleste som eg intervjuar hadde demente på sine avdelingar, enten på reine demensavdelingar eller på avdelingar med ein kombinasjon av demente og bebuarar med andre diagnoser.

Noko som går igjen i fleire av intervjuar er at det kan vere svært variabelt og at ikkje alle i pleiegruppa ser kor viktig åndeleg omsorg kan vere for pasienten, og at dette vil variere veldig ut frå kven som er på arbeid til ei kvar tid. Dette gjaldt derimot ikkje når det var snakk om å tilby deltaking på institusjonsandakter. Her var svaret at dette var noko alle var flinke til å tilby til bebuarane dei dagane det var tilbod om andakt på institusjonen.

Eg spurte også litt om dei opplevde at bebuarane sjølve tok initiativ til å etterspør åndeleg omsorg ved for eksempel å ta initiativ til samtale eller etterspør om nokon kan lese frå bibelen eller be ei bøn saman med bebuaren. Dette var det ingen som hadde erfaring med. Eg spurde vidare om informantane hadde nokon tankar om kva som kunne vere årsaker til at bebuarane ikkje tek initiativ til eller etterspør åndeleg omsorg. På spørsmålet om kvifor dei trudde det var slik var det varierende svar. Nokon tok dette om eit signal på at dei åndelege behova blei dekt gjennom andakter og andre tilbod på institusjonen, medan andre var usikker på kvifor det var slik.

4.1.4. Faktorar som gjer det vanskelig å gi åndeleg omsorg

Det er mange ulike faktorar i arbeidskvardagen til informantane som kan vere med å gjere det vanskelig å ivareta pasientane sine åndelege behov. Det var litt varierende kva slags faktorar dei opplevde som kompliserande.

Fleire av informantane peika på omsynet til dei andre i pleiegruppa som ein kompliserande faktor. Omsynet til dei andre tilsette kombinert med ulike syn i pleiegruppa på prioritering av oppgåver i avdelinga kan gjere det vanskelig å prioritere å bruke tid saman med bebuarane for å yte åndeleg omsorg. Det å prioritere å bruke tid på samtale og ein-til-ein aktivitet i ei hektisk avdeling sa fleire at var krevjande. Dersom du forlèt avdelinga for å dekke åndelege behov vil dette gå ut over dei andre som du arbeider saman med og er igjen ute i ei hektisk avdeling.

Tid er ein faktor som gjer dette vanskelig. Du må vite at du har tid til å sette deg ned å samtale med ein bebuar utan at du må avbryte fordi det oppstår andre behov i avdelinga. Ein av in-

formantane mine sa likevel noko om at det går an å bli flinkare til å rydde tid til dette i ein elles så hektisk arbeidskvardag, ved å utnytte spesielle tider på døgnet som ikkje er like hektiske.

Der skal vere tid til det, der skal det. Men det er ikkje sikkert ein treng å rydde tid til det når det er som aller mest hektisk på avdelinga, men vi har laurdagar og søndagar når det er stille og rolig frå klokka 14 til klokka 17-18, der er tid der. Der er tid på ein ettermiddagen frå klokka halv to til tre, der er tid. Det er tid seint, seint på kvelden når du går rundt med nattmedisinen. Så er der tid. Jada ein snakkar om tidstjuvar, men der er på ein måte, der er muligheter til å fange ein fem-minutter her og ein fem-minutter der innimellom, det er der altså. (Informant E)

Kompetanse var også faktorar som kom fram i fleire av intervju. Det er mykje snakk om at vi i dagens helsevesen treng fleire hender, altså tid, og fleire til å fordele arbeidsoppgåvene på. Ein av informantane sa noko om samanhengen mellom desse to faktorane:

Det mange som snakkar om tid og fleire hender, men eg snakkar ikkje om fleire hender, men eg snakkar om kompetanse. Eg vil ha meir og høgare kompetanse. (Informant A)

Med dette seier ho noko om at fleire hender i seg sjølv ikkje er avgjerande for eit betre helsevesen og ei betre eldreomsorg. Med fleire hender vil det vere meir tid til den einskilde bebuar, men det er også viktig å verdsette å prioritere fagleg kompetanse hjå dei som arbeider i helsevesenet. Kompetanse vil her også dreie seg om breiare kompetanse i form av spesialkompetanse innan ulike arbeidsfelt i sjukepleiefaget. Det er viktig dersom ein skal kunne gje dei eldre heilhetlig omsorg at dei som arbeider i helsevesenet har den kunnskapen som er nødvendig for å klare å sjå og avdekke ulike behov hjå bebuaren som kanskje ikkje er så tydelege. Det vil i praksis seie at det er viktig å få fleire med høgare fagleg kompetanse som sjukepleiarar og hjelpepleiarar og heller redusere talet på assistentar i helsevesenet.

4.1.5. Prioriteringar i helsevesenet knytt til åndeleg omsorg

Eg ville gjerne finne ut om dette var eit tema som blir prioritert og snakka om både ved utdanningsinstitusjonane og/eller i dei ulike eldreinstitusjonane som eg har vore i kontakt med. Gjennom å spørje kvar informantane hadde tatt utdanning ville eg også sjå om det kunne vere

nokon forskjell på haldningane til temaet ut frå kvar dei har teke utdanninga si. Eg kunne ikkje sjå noko mønster i dette ut frå svara eg fekk. Gjennom mine informantar var det berre to utdanningsinstitusjonar som var representerte, og ingen av desse var diakonale utdanningsinstitusjonar. Eg kan difor heller ikkje seie noko, ut frå dei funn eg har gjort, om private diakonale utdanningsinstitusjonar har eit anna fokus på dette temaet enn dei offentlege utdanningstinstitusjonane har.

Informantane var stort sett samde i at det i liten grad hadde vore fokus på begrepa åndeleg omsorg og heilhetlig sjukepleie i utdanninga. I mitt materiale kan eg ikkje sjå nokon samanheng i svara frå ulike utdanningsinstitusjonar. Eg kan heller ikkje sjå tydelege forskjellar på dei som nyleg har teke utdanning og dei som har teke utdanning for lenge sidan når det gjeld kva fokus det var på åndeleg omsorg. Nokre av informantane sa at det hadde vore nemnt, og nokre av informantane knytte desse begrepa opp til undervisninga dei hadde hatt om etikk og sjukepleie i livets avsluttande fase. Ein av informantane mine sa dette:

Det er jo det, det går litt meir inn under etikken som vi hadde og også det med grunnleggande sjukepleie selvfølgelig, der vi hadde dette her... Men ofte i forbindelse med når vi hadde om siste delen av livet. Når det handla om døden. Sånn at det er vel kanskje der eg har festa det, når det går mot livets slutt at det er då det er på tide å ha mulighet til å prate med ein prest. Det er heilt feil egentleg, men det er der eg kan huske at det var fokus på det. (Informant E)

Dette er ganske representativt for korleis informantane tenkte om åndeleg omsorg. Dette temaet vart av dei fleste knytt til omsorg ved livets slutt. Det er på dette tidspunktet det vert naturleg å kontakte prest for dei fleste, men fleire av informantane sa noko om at det kanskje ville vore betre om presten kom inn på eit tidlegare tidspunkt.

Mitt inntrykk er at det også i institusjonane er lite fokus på åndeleg omsorg. Eg var interessert i å finne ut om åndeleg omsorg er eit tema som vert løfta fram og får plass på fagmøter, kurs og temadagar på den einskilde institusjon. Dette vil kunne seie noko om kva prioritet åndeleg omsorg har i kvar einskild institusjon og i helsevesenet generelt. Ein av informantane mine sa dette:

Eg ristar litt på hovudet, og det er fordi at eg tenker det er altfor lite. For viss der er ting som på ein måte skal verte ein del av kvardagen, så må det på ein måte gjentakast. Og det blir det ikkje, og det er ikkje ofte nok altså. Eg tenker litt, før var det my-

kje meir fokus på dette her. Då spelte ein på ein måte salmemusikk i... Så var det det ein hørte i gangane. Eller inn på stova der, der hadde dei ei sånn dagligstove. Og det var meir fokus på det då, det var det. Eg veit ikkje kva som gjer at det har blitt mindre av det no, om det handlar om generasjonane som er på jobb, eller om det handlar om pasientgruppa eller ein kombinasjon eller om det er sånne ting, det veit eg ikkje altså, men det er for lite, det er ikkje.. Når det gjelde fagdagar og sånne ting så har eg ikkje hørt om det ein gong. (Informant E)

På den eine institusjonen som var representert i studien skulle det vere temadag der åndeleg omsorg stod på programmet, dette var det einaste eksempelet på at dette er eit tema som får plass på slike stader der faglege spørsmål og tema blir teke opp. Ingen av dei andre informantane kunne huske at tema som dette hadde fått plass i slike faglege samanhengar for pleiepersonell ved institusjonane.

4.2. Åndeleg omsorg og samarbeid med andre instansar

Eg ville finne ut kva slags samarbeid som eksisterer i dag, med andre instansar som for eksempel mellom institusjonen og kyrkja. Alle institusjonane hadde andakt på institusjonen kvar veke. Dette var organisert og gjennomført av tilsette i DNK. Av og til vart det også tilbydd nattverd i tilknytning til andaktene, men det var ikkje så ofte fekk eg inntrykk av. Dette er eit tilbod som dei fleste i pleiegruppa er flinke til å følge opp og tilby til bebuarane.

Tre av fire institusjonar hadde også overføring av gudstenester frå DNK når det var søndagsgudstenester i den lokale kyrkja. Dette vart framheva som eit viktig tiltak i forhold til åndeleg omsorg. Dette gjorde at dei som bur på institusjon kan få med seg viktige hendingar i lokalsamfunn, nabolag og familie som for eksempel dåp sjølv om dei ikkje lenger kjem seg til kyrkje.

Så sitte dei der og følge med og ser på. Eg trur det er viktig for dei, berre det å få sjå ein dåp, ikkje sant. Eller det at dei veit at ”Jau, i dag e det oldebarnet hass Knut som bur der oppe som skal døypast i kirka so det fe me sjå på storskjerm i dag.” Såne ting trur eg er kjempeviktig og... ja eg har sett at dette set dei verkeleg pris på. (Informant E)

Ein av institusjonane som er med i denne studien hadde i tillegg fast trefftid med prest tilgjengelig annakvar veke. Dette var det fleire av informantane som reflekterte rundt under intervjuet. Fleire av dei uttrykte ønske om slike typar samarbeid, og meinte det ville vore nyttig både for å ta i vare bebuarane sine behov for åndeleg omsorg, men også for personalet ved institusjonen.

Det er berre DNK som det eksisterer samarbeid med per i dag når det gjeld åndeleg omsorg på institusjonane eg har vore i kontakt med. Det kan likevel hende frå tid til anna at andre frivillige lag, organisasjonar og lokale artistar med religiøs tilknytning er innom institusjonane, men då i form av meir kulturelle innslag som for eksempel song og musikk. Likevel kan dette for mange vere ein viktig del av den åndelege omsorga alt etter kva behov den enkelte bebuar har i forhold til dette.

Nokre av informantane gav uttrykk for eit ønske om at kyrkja skulle vere synligare og tydelegare på kva dei kan tilby til pasientane og dei som arbeider på institusjonane. Ein av informantane mine på den institusjonen som skulle ha temadag om dette temaet snakka om at presten som hadde fast trefftid på institusjonen sjølv sagt var der for pasientane, men at pleiarane også kunne ha behov for å snakke med prest på grunn av dei mange vanskelige situasjonane som dei står i og for å søke råd i ulike situasjonar.

Så det er litt, for det er egentlig ikkje berre for pasientane, men det er litt for oss også å bruke dei som samtale... når dei er her fast, fast annakvar onsdag. For det e no liksom mykje tøft å stå i også på ein måte. (Informant B)

4.3. Åndeleg omsorg og andre religionar

Eg hadde nokre få spørsmål i intervjuguiden min som handla om åndeleg omsorg i forhold til bebuarar med bakgrunn frå og som høyrer til andre religionar enn kristendom. I mine intervju var det ganske like svar frå alle mine informantar. Det var svært lite eller ingen erfaring med dette på dei avdelingane og institusjonane som er representert i denne studien.

På spørsmål om korleis dei eventuelt ville stille seg til å hjelpe bebuarar med bakgrunn frå og tilhørighet til andre religionar med deira åndelege behov var dette noko dei såg på som deira si oppgåve i rolla som sjukepleiar. Fleire peika på at det ikkje ville vere nokon forskjell på om dei las tekstar eller bad bønner med kristeleg innhald eller om det var andre religionar sine

skrifter. Dei var tydelege på at dette var noko dei eventuelt ville gjere på vegne av bebuarane og ikkje for seg sjølv uavhengig av eigen religiøs ståstad. Det vert i slike tilfelle viktig å skilje mellom sjukepleiaren sitt privatliv og deira yrkesprofesjonalitet. Det kjem sjølvstilt inn andre ting som utfordrar dette med tanke på språklege utfordringar, og nokre nemnde også kulturelle reglar og normer, som ein eventuelt måtte sette seg inn i for ikkje å trakke over bebuarane sine grenser.

Når desse tinga kom opp var det fleire som reflekterte over at dette kanskje ville verte vanlige i framtida. Det ville då vere nødvendig å knytte til seg ressurspersonar utanfor institusjonen som hadde kunnskap om andre religionar enn kristendom som dei tilsette ved institusjonane kunne kontakte ved behov på lik linje med at dei i dag kan ta kontakt med prest dersom det melder seg behov som ikkje sjukepleiarane sjølve kan hjelpe bebuarane med.

5. Drøfting

Gjennom intervju mine har eg gjort fleire interessante funn knytt til spørsmåla mine i problemstillinga. Eg vil no prøve å gi nokre svar på dei spørsmåla som eg stilte i problemstillinga mi ved hjelp av den teorien som er presentert og dei funna eg har gjort, som er presentert i det førre kapittelet. Eg vel å dele opp problemstillinga mi og svare på dei to spørsmåla kvar for seg her i denne drøftingsdelen. Først vil eg drøfte korleis eldre på institusjon får ivaretatt sine åndelege behov? Etterpå vil eg seie noko om korleis vi som kyrkje kan vere samarbeidspartnarar med den offentlege eldreomsorga for å ivareta god åndeleg omsorg til bebuarane.

5.1. Korleis får eldre på institusjon ivaretatt sine åndelege behov?

5.1.1. Registrering å prioritering av åndelege behov i eldreomsorga

For å kunne ivareta bebuarane sine åndelege behov, må desse behova på ein eller anna måte formidlast eller registrerast. Eg fann gjennom intervju mine at dei fleste institusjonane hadde nokre rutinar for registrering av religiøs tilknytning og behov hjå bebuarane. Likevel vart eg forundra over at det ofte mangla rutinar på å følge opp slike behov som var registrerte. Dette vil vere i strid med gjeldande lovverk for helsepersonell der det kjem klart fram at bebuarane har krav på å få dekt sine åndelege behov. Helsepersonell har då plikt til å eventuelt formidle kontakt med andre instansar med kompetanse på dette fagfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dersom rutinane ikkje blir følgt opp, så hjelp det lite om desse er dokumentert i eit skjema ved innkøpst. Dersom ein har rutinar for slik registrering vert det også viktig at desse vert følgt opp på ein god måte for at bebuarane skal få den åndelege omsorga som dei har krav på. Det var litt varierande kva rutinar dei ulike institusjonane hadde på dette området. Ein kan då stille spørsmål ved korleis ein kan følgje opp og dekke slike behov dersom det ikkje er registrert eller finst noko dokumentasjon på tiltak som er gjort og som seier noko om korleis ein arbeider for å dekke dei åndelege behova til bebuaren på ein god måte.

Informantane sa noko om at det var viktig å vite kva åndelege behov bebuaren hadde, fordi dei hadde opplevd at bebuarar utan religiøs tilknytning eller behov hadde blitt urolige, og av

og til aggressive dersom dei vart trilla inn på andakter og liknande. Men blir det i institusjonane teke omsyn til at slike behov kan endre seg? Kanskje kan nokon som eigentleg ikkje har vore spesielt religiøse oppleve at dette vert viktigare når ein blir eldre, kjem på institusjon eller livet endrar seg? Det er bra at slike opplysningar vert registrert ved innkomst. Likevel er dette behov som kan endre seg gjennom livet (Schmidt 2011). Kanskje kan slike behov bli sterkare når ein blir eldre og kjem på institusjon. Kroppen og helsa endrar seg, og oppgaver som du før klarte å gjere sjølv blir vanskeligare og du treng meir hjelp (Romøren, 2008). Denne endringa i livssituasjonen der den profesjonelle omsorga i større grad tek over for omsorga frå dei som har ein nærare relasjon og kjenner bebuaren betre, kan for mange vere dramatisk og opprivande og behovet for informasjon vert viktig. Dette er eit eksempel på korleis den sosiale aldringa kan spele ei rolle for kva behov som vert viktige. Det er også viktig å huske på at biologisk, psykisk og sosial aldring påverkar og forsterkar kvarandre.

Mange som kjem på institusjon har også demens noko som gjer at dei endrar seg både med tanke på personlegdom og veremåte. Dette gjer det vanskeleg både for pårørande og tilsette å forstå kva den demente ynskjer og har behov for. Nokre av informantane mine kunne fortelje om tilfelle der pasientar som pårørande sa ikkje var religiøst aktive etter kvart får eit ønske og behov for å delta på for eksempel andakter. Sjølv om fleire av informantane hadde opplevd slike episodar uttalte dei at etter kvart som dei blir betre kjende med bebuarane så har pleiepersonalet kunnskap om kven som ynskjer å delta på for eksempel andakter. Eg undra meg over at ikkje fleire problematiserte at desse behova kunne endre seg. Ingen hadde rutinar for korleis plukke opp slike endringar av behov hjå bebuarane. Dersom fru Olsen som ikkje før har hatt behov for å for eksempel delta på andakter ikkje får spørsmål om deltaking, kan det vere at hennar behov som har endra seg og at hennar åndelege behov såleis ikkje blir ivarettatt av pleiepersonalet? Her kan behov som for eksempel det å høyre til eit større fellesskap vere medverkande til at det oppstår nye behov hjå bebuarane.

Ein av institusjonane i denne studien mangla også rutinar for å registrere religiøs tilhørighet for bebuarane. Dei rekna med at dei fleste som kom til institusjonen var medlemmar av og høyrde til DNK. Dette er nok eit resultat av eit bygdesamfunn der det er vanleg at alle kjenner alle. Dette trur eg ikkje er representativt for større tettstader eller byar. Samfunnet vårt er i stadig endring og Norge blir eit meir og meir sekularisert og fleirreligiøst land der skiljet mellom religion og det offentlege stadig blir større og større. Nettopp på grunn av dette vert det viktig å undersøke religiøs bakgrunn og kva åndelege behov som er viktig for den einskilde pasient (Schmidt, 2011). For mange er dette svært personleg, men dersom dei får spørsmål om

dette på eit skjema som alle må fylle ut ved innkøst i institusjonen, er det kanskje lettare å setje ord på dei behova ein har. Funna eg gjorde i intervjua gir eit bilde av ei litt passiv haldning til eit tema som kan vere viktig både for bebuaren, men også for den som skal yte helsehjelp. Dersom ein ser på Bodil Tveit si eksklusive forståing av dette begrepet åndeleg omsorg vil bebuaren sin religiøse tilknytning spele ei stor rolle for korleis sjukepleiaren skal gi den omsorga som bebuaren har krav på. Det vil også vere viktig for sjukepleiaren for å vite kva personar utanom institusjonen som kan vere viktige samarbeidspartnarar.

5.1.2. Korleis møte åndelege behov hjå bebuarane på ein god måte?

Ikkje mange av mine informantar hadde opplevd at bebuarane sjølve har etterspurd åndeleg omsorg eller gitt uttrykk for at dei treng hjelp til å dekke åndelege behov. Informantane hadde få tankar om kvifor det var slik. Nokre sa at dette kanskje var eit uttrykk for at behova til bebuaren var dekt gjennom det tilbodet som var på institusjonen. Dette er sjølv sagt ei mulig forklaring, men dette kan også oppfattast som ei litt passiv haldning til eit slikt spørsmålet. I boka «Har du tid til det da?» trekk forfattar Heidi Schmidt fram nokre viktige moment som eg trur er viktig at dei som arbeider nær bebuarane kan verte meir bevisste på. Kanskje dette ikkje blir etterspurt fordi dei trur at det ikkje finst tid for slike behov i dagens helsevesen (Schmidt, 2011). Har nokon fortalt dei at dette er spørsmål og behov som dei har rett på å få dekt? Dei som er eldre i dag er ein generasjon som ikkje er vande til å seie ifrå og stå på retta sine. Samtidig er tru noko som for mange er svært personleg, og som mange kanskje ikkje er vande til å snakke med andre om og sette ord på. I nokre av intervjua mine kom det fram at for sjukepleiarane spelte eigen religiøs ståstad ei mindre rolle i forhold til det å yte åndeleg omsorg på ein god måte for bebuarane. Dette krev ei profesjonell haldning frå pleiar si side. Spørsmålet her vert likevel om pleiarar er flinke til å på ein profesjonell måte opne opp for slike tema i samtale med bebuarane.

Eriksson er opptatt av eit heilhetlig menneskesyn der heile mennesket med kropp, sjel og ånd vert tatt i vare på ein god måte. Når bebuarane kjem på institusjon vert den naturlige omsorga som familie og sosialt nettverk mindre framtrèdande og det vert den profesjonelle omsorga som må fylgje opp behova til bebuarane (Eriksson, 1996). Likevel kan det vere viktig å tenkje gjennom kven i den naturlege omsorga som likevel kan hjelpe til med å dekkje ulike behov. Her kan familie og nettverk vere viktige ressursar for pleiepersonalet i forhold til det å dekke åndelege behov som bebuaren har.

Det finst mange grunnar og faktorar i ein travel arbeidskvardag som kan gjere åndeleg omsorg utfordrande for sjukepleiarane. Tid er sjølvsagt også eit viktig element i denne samanhengen. Dersom ein opnar opp for ein dialog rundt tema innan åndeleg omsorg, må ein vite at ein har nok tid til å høyre på og samtale med bebuaren, utan å bli forstyrra av andre. Dette kan vere svært utfordrande i ein travel arbeidskvardag i ein eldreinstitusjon. Eg har både som sjukepleiar og i mitt arbeid som diakoniarbeidar høyrte eldre som eg har vore i kontakt med, uttrykke at dei ikkje vil «vere til bry» og «bruke opp» mi eller andre si tid. Slik som eg ser det er denne tankegangen hjå bebuarane eit hinder som også stengjer for desse viktige samtalane mellom pasient og hjelper. Det er då viktig at pleiarane er observante og likevel klarer å plukke opp situasjonar der bebuaren har behov som dei treng hjelp til å få dekt. Då vert det viktig at dei fagpersonane som arbeider nært til opp til bebuaren tenkjer gjennom kva for andre fagpersonar som kan vere nyttig å ta kontakt med for å dekke behova bebuaren har for å kunne yte heilhetlig omsorg.

I ein fagartikkel frå tidsskriftet Sykepleien kan vi lese at Britt Moene Kuven, høgskulelektor på Haraldsplass diakonale høgskule kritiserer praksisfeltet generelt for å neglisjere spørsmål kring åndelege behov hjå pasientane. Ho meiner at tid ikkje er det avgjerande. Like viktig er det at vi ikkje har eit utvikla språk for slike spørsmål i samfunnet vårt i dag. Ho meiner også at sjukepleiarane sin usikkerhet i møte med spørsmål kring åndelege behov, gjer at dei ikkje vil gå inn i denne problematikken (Kuven og Bjorvatn, 2015). Dette kan vere eit resultat av ei eksklusiv forståing av åndeleg omsorg der spørsmål rundt tru og åndelege spørsmål vert vanskeleg for sjukepleiarane å snakke om, og som fører til at dei heller hentar inn andre fagpersonar som for eksempel ein sjelesørgjar som prest eller diakon med meir kompetanse på dette feltet.

Men kvifor har vi ikkje eit språk for åndelege spørsmål? Eg vil då nemne noko som var felles for fleirtalet av mine informantar. Åndeleg omsorg er ikkje eit tema som får nok plass i arbeidskvardagen og i den einskilde institusjon. Desse funna som eg har gjort hjå mine informantar støtter opp under Kuven sin kritikk til praksisfeltet om å ikkje ta slike spørsmål på alvor. Åndeleg omsorg blir ikkje løfta fram på faglege arenaer der sjukepleiefaget blir diskutert. Eg trur at dersom sjukepleiarane skal ta åndeleg omsorg på alvor må det også løftast fram av leiing på lik linje med prosedyrar, sårskift, ernæring og andre tema som vert tatt opp i pleiegruppa. Dersom ein ikkje gjer dette vil nok ikkje åndeleg omsorg vere noko som pleiarane prioriterer som viktige arbeidsoppgåver i arbeidskvardagen. Dette var det fleire av mine informantar som kommenterte. Kuven seier også at åndelege behov er noko som burde vere

ein del av den daglege rapporten på lik linje med andre meir synlige behov (Kuven og Bjorvatn, 2015). Det vart bekrefta i intervju mine at åndeleg omsorg er eit tema som det ikkje er rutinar for i samband med dokumentasjon. Dette vert i stor grad verken rapportert eller dokumentert slik som fysiske, psykiske og sosiale behov blir. Dette er rart med tanke på at det innan sjukepleiefaget er tradisjon for å legge eit helhetlig eller holistisk menneskesyn til grunn for den omsorga som vert gitt til bebuarane. Både teoretikarar innan sjukepleieteori og mine informantar var opptekne av det å sjå heile mennesket. Det vert då sprik mellom både teori og haldningane sjukepleiarane har når det ikkje finst rutinar for å dokumentere åndelege behov på lik linje med andre fysiske, psykiske og sosiale behov.

Ut frå det materialet eg har fått i denne studien viser det at dette er eit tema som ikkje får særleg stor plass verken ved utdanningsinstitusjonane eller på dei ulike institusjonane som eg har vore i kontakt med. Dette kan nok vere varierende frå utdanningsstad til utdanningsstad. Det kan vere naturleg å tenkje at dei diakonale utdanningsinstitusjonane har eit større fokus på dette, på grunn av menneskesyn og det diakonalet grunnlaget for utdanninga. Dette kom også fram i artikkelen til Kuven og Bjorvatn. I min studie var berre to ulike utdanningsinstitusjonar representerte og dette meiner eg er litt lite for å kunne seie noko om korleis dette blir vektlagt i utdanninga generelt. Likevel trur eg dessverre at det er representativt for korleis dette er i helsevesenet generelt. Eg har heller ikkje opplevd at åndeleg omsorg har vore oppe som tema verken på temadagar, personalmøter eller fagmøter på dei arbeidsplassane eg har hatt når eg arbeidde som sjukepleiar. Det vert då veldig opp til den enkelte pleiar å sørge for å halde fokuset oppe når det gjeld åndeleg omsorg. Dette kan vere ei utfordring når det elles i systemet ikkje vert signalisert at dette er å prioritere. Dersom det ikkje vert snakka om åndeleg omsorg av for eksempel leiinga ved institusjonen, er det naturleg at dette vil bli nedprioritert også av pleiargruppa i ein travel arbeidskvardag. Ein av informantane sa at dette hadde altfor lite plass og at ting måtte gjentakast for at det skulle integrerast i kvardagen til dei som arbeidde i institusjonen. Dersom åndeleg omsorg ikkje vert framheva av både utdanningsinstitusjonane, men også spesielt på den einskilde arbeidsplass er det unaturleg å setje dette høgt på prioritering av kva ein skal prioritere å bruke tid og ressursar på. Utan at dette vert løfta fram og snakka om trur eg det vil vere svært vanskelig å prioritere slike oppgåver framfor andre rutinemessige og kvardagslege gjeremål.

Det er lett slik at praktiske ting som prosedyrar og rutinar er det som blir repetert og snakka om på avdelingsmøter og liknande. Likevel trur eg det er viktig at alle ledd, både leiing og pleiepersonellet av og til tek seg tid til å reflektere litt over kva ein tenkjer om åndeleg omsorg

og behova bebuarane har i forhold til dette på den institusjonen dei er ein del av, og korleis dei ynskjer at denne omsorga skal vere. Eg såg at berre det å seie noko om kva ein legg i begrep som åndeleg omsorg og heilhetlig sjukepleie gav svært individuelle svar. Kanskje må ein i helsevesenet generelt, men også på kvar einskild institusjon ha ei felles forståing av kva som ligg i desse begrepa for å kunne yte god åndeleg omsorg til bebuarane. Her kan nok utdanningsinstitusjonane også verte flinkare til å ha fokus på denne delen av sjukepleiaryrket for å utruste sjukepleiarar til å på ein god måte kunne møte åndelege behov hjå pasientar og bebuarar på den arbeidsplassen der dei arbeider. Kyrkja kan gjennom dei tilsette kome meir på bana som ressurspersonar både når det gjeld opplæring av og å gi tryggleik til dei som arbeider i institusjonane. Det finst også nokre ressursar som kan bestillast inn og leverast ut til bruk av dei som arbeider i eldreinstitusjonar i kommunen. Slik kan kyrkja også vere med å vere evangeliet i handling og gi helsearbeidarar eit reiskap til å yte betre åndeleg omsorg for bebuarane. Eg vil her særskilt nemne heftet «Tru og håp» som Tunsberg bispedømme og DNK har gitt ut. Her er mange fine salmar, bibelvers og bønner samla i eit hefte som kan vere nyttige i dette arbeidet. Dette gjer det enkelt for kven som helst å lese, be eller synge for dei som har eit ynskje om det utan å ha kunnskap om kvar ein skal finne det.

Kronikken «en åndeleg dimensjon er viktig for mange pasienter» (Magelsen og Fredheim, 2011) viser til studiar som seier noko om at pasientar som opplever alvorlig sjukdom som finn kraft, styrke og mening i ei religiøs tru. Det er vel grunn til å tru at dette også kan gjelde eldre som opplever at den generelle aldringsprosessen og sviktande helse som fører til auka hjelpebehov, også kjenner eit auka behov for åndeleg omsorg. I fleire av undersøkingane som Magelsen og Fredheim presenterer går det fram at dette var mangelfullt og ikkje blir bra nok ivaretatt og fleire hadde sett pris på om dette hadde vorte tilbydd dei som pasientar. Dette fortel oss at pleiarar sjølve må ta initiativ til samtale vedrørande åndeleg omsorg, fordi bebuarane som oftast ikkje tek slikt initiativ sjølve.

Mange av dei som er gamle i dag har ei meir felles referanseramme av korleis samfunnet er og korleis dei har vakse opp. Dei aller fleste er døypte, konfirmerte og har gifta seg i den norske kyrkja. Dei har lært dei same salmeversa og pugga «Fader vår», sjølv om ikkje alle har vore like aktive i kyrkja eller kristne aktivitetar er det ein del av ein felles norsk kulturarv som dei fekk med seg vidare i livet (Schmidt 2011). Dette kan nok variere litt med tanke på kvar i landet du bur, men det er nok klart ein forskjell på den eldre generasjon no og komande generasjonar av eldre. På mange måtar kan ein seie at etter kvart som Norge har vorte meir sekularisert og religionsnøytralt i både skule og arbeidsliv, men også i samfunnet generelt, vil dei

eldre i framtida mangle desse felles referanserammene som kan verte viktige for mange i alderdommen og i denne siste fasen av livet. Dette er eit viktig moment å ta med vidare med tanke på framtida sitt helsevesen i forhold til utdanning av helsepersonell, og korleis ein legg til rette for åndelege omsorg for dei som ynskjer dette.

Bodil Tveit eikar på kravet til effektivitet som pregar helsevesenet i dag. Stramme økonomiske rammer for den profesjonelle praksisen gjer at fokuset på effektivitet og produksjon vert stadig større (Tveit, 2012). Dette var det fleire av sjukepleiarane i intervju mine som kommenterte.

Sjukepleiarane som eg har intervju kjende også på det at ved å prioritere åndeleg omsorg ville det vere ei belastning for dei andre som var på vakt. Samtale og denne typen omsorg er tidskrevjande og avhengig av å skape tillit og eit trygt rom for at bebuarane skal kunne kome fram med åndelege spørsmål og behov. Dette er viktige forutsetningar også for den sjelesørgjeriske samtalen.

5.1.3. Åndeleg omsorg til bebuarar som tilhøyrrer andre religionar

Eg ville finne ut i kor stor grad det er utfordringar i samband med åndeleg omsorg til bebuarar som høyrer til andre religionar enn kristendomen. Det kan virke som det er lite erfaringar knytt til bebuarar med anna religiøs bakgrunn i dei institusjonane som informantane mine representerer. Det er vel naturleg å tenkje at dette er eit fenomen som er meir utbreidd i større byar og andre stader i landet, og ikkje så mykje av på bygdene og også på denne kanten av landet. Dette var ei problemstilling med lite erfaring, men likevel opplevde eg i fleire intervju at informantane mine reflekterte over temaet undervegs i intervjuet. Det er viktig å vere bevisst på at bebuarar som høyrer til ein annan religion har dei same rettane til trus- og livsynsutøving. Dette var informantane mine klare på sjølv om nokon av dei syntest det kunne vere utfordrande. Ein av dei peika på eit moment som eg trur kan vere vesentleg i forhold til at det er så lite erfaring med dette i institusjonane i dag, og det er dei kulturelle forskjellane i ulike kulturar og religionar. I det norske velferdssamfunnet ser ein på oppgåver og behov knytt til alderdom og sjukdom som det offentlege sitt ansvar, med bakgrunn i dei lover og retningslinjer som det offentlege har utarbeidd. Slik er det kanskje ikkje i mange andre religionar der det både er kultur og tradisjon for at familie tek seg av slike oppgåver. På grunn av dette vil nok enkelte med andre religionar enn kristendom heller velje å ha sine eldre slektningar buande

heime lenger, og det vil vere familie som i hovudsak tek seg av dei. Likevel vil det nok berre vere eit tidsspørsmål før fleire vil ta i bruk desse offentlege tenestene også av denne gruppa i befolkninga.

Det ser ikkje ut til å vere problematisk for dei som arbeider i helsevesenet, å møte utfordringar med pleie til ei flerireligiøs gruppe av bebuarar. Fleire av informantane mine sa her at den profesjonelle rolla deira som sjukepleiar ikkje gjorde det vanskeligare å hjelpe folk med andre religionar og at dette i liten grad vil vere knytt til eigen religiøs ståstad. Det som kanskje i større grad kan vere ei hindring for å yte åndeleg omsorg i slike tilfelle, vil vere dei språklege utfordringane ein då vil stå overfor. Dette i tillegg til at det kanskje kan vere vanskelig å vite kva ressursar utanfor institusjonen ein kan kontakte vil vere ei større utfordring for helsevesenet i tida som kjem. Fleire av informantane peika likevel på at stadig fleire nasjonar var representert i pleiegruppa, og kanskje kan desse brukast som ressurspersonar innad i institusjonen men også kanskje for å få informasjon om kven ein kan knyte til seg av fagpersonar utanfor institusjonen.

Eg trur likevel det vil vere ei ekstra utfordring å klare og sjå og tilfredsstille åndelege behov til denne gruppa bebuarar på grunn av alle reglar og kulturelle uttrykk som vi kjenner dårleg til i samfunnet vårt i dag. Dersom åndelege behov til personar som høyrer til ulike religionar skal kunne stettast trur eg vi må få ei større fokus på temaet åndeleg omsorg i helsevesenet generelt, og også med eit fokus på andre religiøse skikkar og behov hjå dei som har ein anna religion. Det er ikkje nokon grunn til å tru at det er enklare å hjelpe bebuarar med ein annan religion, sjølv om pleiarane har eit avklart profesjonelt forhold til dette og ikkje let seg påverke av eigen religiøs ståstad.

5.2. Korleis kan offentleg eldreomsorg og kyrkja saman ivareta åndeleg omsorg til bebuarar med fast plass på institusjon?

Gjennom mi kartlegging av kva samarbeid som eksisterer på institusjonane i studien såg eg fleire punkt som gjekk igjen. Alle gav uttrykk for at dei såg positivt på det samarbeidet som institusjonane hadde med DNK. Likevel er det nok forbetningspotensiale også i denne typen samarbeid. Korleis kan vi som lokal kyrkje vere meir aktive i forhold til denne store gruppa

av befolkninga, og vere med på å dekke åndelege behov? Korleis kan vi vere meir synleg både for pasientane, men også for dei som arbeider i institusjonane?

I mitt arbeid som diakoniarbeidar ser eg klart eit stort behov hjå dei som bur på institusjon. Eit behov for å snakke om noko som betyr så utruleg mykje for mange av dei. Nokon å dele tankar om tru og åndelege spørsmål med, men også eit behov for å lette seg for bekymringar som tyngjer dei i samband med åndelege spørsmål. Eg har fleire gonger i samtale med eldre som bur på sjukeheim spurt om det er nokon av dei i personalet dei kan snakke med om slike ting. Svaret frå dei fleste er at det har dei ikkje. Det er viktig å vere bevisst på at dette er ei ganske stor og mangfaldig gruppe, med tanke på funksjonsnivå, diagnosar og hjelpebehov. I mine intervju fekk eg eit klart inntrykk av at det på dei fleste avdelingar mellom anna var mange pasientar med diagnosar som demens som gjer det vanskelig for bebuarane å gi uttrykk for sine behov. Det er i slike tilfelle også vanskelig å kome inn utanfrå utan å kjenne bebuaren og kva behov han eller ho har hatt tidlegare. For desse bebuarane vil fellesskapet gjennom for eksempel andakter vere viktige bidrag til å dekke behov hjå dei bebuarane som ikkje lenger klarer å verbalt uttrykke ønsker og samtale med pleiepersonell, prest eller diakon. Salmar og bibelvers som er innlærde tidlegare i livet kan på ein positiv måte skape gjenkjenning og virke beroligande på enkelte pasientar med demens. Fleire av informantane mine i denne studien kunne bekrefte at dei hadde gode erfaringar med å bruke for eksempel salmesong i forbindelse med hjelp til stell av bebuarane for å halde bebuarane rolige i situasjonen.

Gjennom mine intervju gjekk det igjen at dei gav tilbod om å tilkalle prest når livet gjekk mot slutten. Det va først i denne fasen av alderdommen dei fleste tenkte på det som naturleg å kople inn folk utanfrå. Nokre av informantane sa likevel noko om at dette kanskje er litt i seinaste laget.

Kyrkja i form av prest eller diakon vert gjerne tilkalla i ein fase når ein klart ser at livet går mot slutten, men kanskje kunne desse pasientane hatt bruk for ein åndeleg rettleiar eller samtalepartner på eit tidlegare tidspunkt. Når ein vert eldre dukkar det ofte opp spørsmål kring død og tru, og mange opplever at dei vert bekymra for om dei har levd eit bra nok liv for eit liv etter døden. Desse bekymringane kan igjen gi angstliknande symptom som ofte frå eit sjukepleiar perspektiv gjerne kan bli dempa med medikamentell behandling. Slik blir dette ein vond sirkel som kanskje med andre tiltak og verkemiddel kunne vore unngått. Dette er eksempel på at sjeleleg smerte kan gi seg utslag i kroppsleg smerte eller symptom. Dette viser at

det holistiske menneskesynet der kropp, sjel og ånd er tre sider ved menneske som heng saman og vert påverka av kvarandre (Okkenhaug, 2002).

Eg har høyrte både diakonar og prestar som seier at det i mange tilfelle kan vere litt problematisk at prest og diakon ofte kjem inn litt seint i sjukdomsforløpet hjå mange bebuarar. Fleire gonger når dette har vore omtala, kjem dette dilemmaet opp. Det er vanskelig når ein kjem så seint på banen i forhold til bebuaren sin tilstand. Dette gjer det problematisk å utøve god åndeleg omsorg fordi det ofte kan vere vanskelig å tolke og forstå kva som eigentleg er bebuaren sitt ønske, fordi han er blitt så dårlig på grunn av langt komen sjukdom at kommunikasjon er vanskelig. Kanskje er vedkomande så dårleg at berre det å forrette nattverd vert vanskelig på grunn av for eksempel svelgproblem eller at pasienten har nedsett bevissthet. Når bebuarane ligg på det siste og alt anna er avslutta er det vanskeleg å kome inn utanfrå utan å kjenne bebuaren. Då er det for mange ikkje verken etisk rett eller forsvarleg å gi slik omsorg, men dersom ein hadde kome inn på eit tidlegare tidspunkt kunne prest eller diakon gjort avtalar med den einskilde bebuar om kva ynskjer dei har, før sjukdom og tilstand er så langt komen. I denne etisk vanskelige situasjonen for prest og diakon må det nøye vurderast kva bebuaren ynskjer av åndeleg omsorg som forbøn eller eventuelt nattverd. Her er det viktig at ein ikkje trakkjer over grenser for kva som er bebuaren sitt ønske i den enkelte situasjon. Dette kan vere svært utfordrande i ein situasjon der kommunikasjon er utfordrande på grunn av demens eller anna langt komen sjukdom.

Det er likevel interessant at diakonar og prestar har erfaring med at det ofte kan vere slik. Sjukepleiarane som eg har intervjuar er svært positive til samarbeidet med kyrkja og at det er lav terskel for å ta kontakt ved behov. Ein av institusjonane hadde tilbod med fast trefftid av prest eller diakon. Dette kan nok vere eit godt tiltak for å ha meir jamn kontakt med bebuarane på institusjonen. Då har ein også ein naturleg arena å møte på utan at ein føler ein tilkallar prest eller diakon som kanskje må snu om på dagen sin for å kunne komme til institusjonen. God dialog mellom kyrkje og institusjon kan vere nyttig for å klargjere kva som er utfordringane både til sjukepleiarane ved institusjonen, men også for representantane frå kyrkja. Det er viktig at diakon og prest er tydelege i situasjonar der ein føler ein kjem for seint på banen, slik at pleiarane kan hugse dette til neste gong.

Bodil Tveit peikar på at dersom ein har ei eksklusiv forståing av begrepet åndeleg omsorg er det lett for at det kan ende med ein slags profesjonskamp, noko som ikkje er eit problem i dag (Tveit, 2012). Likevel kunne eg gjennom intervju mine klart sjå at sjukepleiarane såg på seg

sjølve som ein henvisande part når det kom til spørsmål innanfor dette temaet. Mi oppfatning gjennom intervju mine var at dei både ville og kunne leggje til rette for deltaking på andakter og andre religiøse samlingspunkt. Dei kunne også hjelpe med bibellesing og evt song, men dette vart gjerne brukt som eit tiltak for å roe ned bebuarane i ulike situasjonar. Få av sjukepleiarane gav uttrykk for at dei gjekk inn i slike samtalar med bebuarane. I slike tilfelle ville det vere meir naturleg for dei å tilkalle prest dersom bebuaren ønskte dette. Dette er ein del av den kritikken eller resultatet av den eksklusive måten å tenkje om åndeleg omsorg (Tveit, 2012). Dersom kyrkja var meir synleg i institusjonane kunne ein kanskje unngått at pleiarar vart ein slik henvisande part. Schmidt peiker på noko viktig når ho seier at det ikkje blir forventet at helsepersonell er ekspertar på ulike typar religionar, men at det viktigaste er å møte pasientane der dei er, og ta åndelege spørsmål, lengslar og behov på alvor (Schmidt, 2011). Dette kan dei gjere ved å knyte til seg andre ressurspersonar på området.

Fleire av informantane mine gav uttrykk for at dei gjerne skulle sett at kyrkja var meir synleg i institusjonen. Det ville vore ønskeleg om prest kunne hatt undervisning for pleiepersonell slik at dei kunne bli trygge på korleis dei skulle møte åndelege behov. Slik kan kyrkja med sitt diakonale grunnlag vere aktivt med på å utruste sjukepleiarane til å stå i situasjonar der dei i dag føler seg utrygge. Det å utruste andre til teneste er eit viktig element i det diakonale arbeidet. Då kan ein nå ut til og hjelpe fleire enn dersom diakon eller prest blir dei einaste som kan gi åndeleg omsorg.

I rapporten "kirke og helse" som er utgitt av kirkerådet vert det peika på fleire livssituasjonar der åndeleg omsorg er svært viktig for dei som er ramma av sjukdom eller ulykker. Ved ulykker og i krisesituasjonar er det viktig og også ei forventning om at kyrkja er der og stiller opp for dei som er blitt ramma. Men også i mindre kritiske situasjonar som sakramentsforvaltning av for eksempel nattverd til sjuke og døydande vert i denne rapporten trekt fram som viktige fellesskap for å gi åndeleg omsorg til pasientar som treng dette i ein vanskeleg livssituasjon (kirkerådet, 2009). Dette gjeld også eldre på institusjon som ikkje lenger kan vere ein del av eit slikt fellesskap gjennom gudstenestefeiring. Alle institusjonane som er representerte i studien min hadde tilbod om nattverd fleire gongar i året. Dette er ei viktig diakonal oppgåve som det er viktig at kyrkja og institusjonane tek på alvor.

6. Avslutning

Eg har gjennom intervju med sjukepleiarar på eldreinstitusjonar studert korleis åndeleg omsorg til bebuarar på institusjon blir ivaretatt. Eg har kommentert fleire sentrale sider ved temaet åndeleg omsorg som det er viktige å sette fokus på. Gjennom mine intervju fekk eg stort sett same tilbakemelding om dette. På dei fleste institusjonane hadde dette temaet veldig lite fagleg plass og det vert såleis opp til den enkelte pleiar å sørge for å yte slik omsorg på ein tilfredsstillande måte. Fleire av informantane skulle ønske at dei oftare blei minna på dette temaet. Dei hadde også eit ønske om å få åndeleg omsorg meir på dagsorden. Dette var ein av fleire grunnar til at informantane hadde meldt seg for å stille på intervju. Det er ikkje lett for pleiargruppa å ha fokus på dette, dersom det ikkje er vektlagt i utdanning og kommunisert frå leiinga av institusjonen dei arbeider ved, at dette er område som bør prioriterast og brukast tid på.

Eg har gjennom denne studien funne ut at det skjer mykje godt arbeid i forhold til åndeleg omsorg ute på institusjonane. Eg ser det som svært positivt at alle institusjonane som er representert her i denne studien hadde fast tilbod om andakter til bebuarane. Dette saman med videooverføring av gudstenester og fast trefftid med prest eller diakon er viktige tilbod til dei som ikkje lenger klarer å kome seg til kyrkje på eiga hand. Samstundes synest eg det er viktig at dei som arbeider på institusjonane i tillegg til å observerer og avdekke åndelege behov hjå bebuarane, blir gjort i stand til også å tilby ein-til-ein tenester som samtale, bibellesing og bøn. Ein samtale om tru og eksistensielle spørsmål, ei hand å halde i, hjelp til bibellesing og bøn er viktige tiltak i denne samanhengen.

Eg ville også finne ut korleis kyrkja saman med den offentlege eldreomsorga kunne arbeide for å ivareta åndeleg omsorg til bebuarane. Informantane gir inntrykk av eit godt samarbeid mellom den kommunale eldreomsorga og den lokale kyrkja. Likevel var det eit ønske frå fleire av informantane at kyrkja skulle vere meir synleg i institusjonen. Både i form av tilbod til bebuarane, men også som ein ressurs for pleiargruppa på institusjonen. Prestar og diakonar sit på mykje kunnskap når det gjeld åndeleg omsorg og kan kanskje brukast som ressursar dersom dette temaet kjem meir på dagsorden i forhold til kurs, fagmøter, temadagar og liknande. Dette skjer ikkje av seg sjølv og kyrkja må kanskje her ta sitt diakonale ansvar ved å vere meir på tilbodssida og tydeleg klargjere kva dei kan bidra med inn mot bebuarane på institu-

sjonane. Ein god dialog mellom kyrkja og den offentlege eldreomsorga er avgjerande for tilbodet til dei eldre på institusjonen. Det er viktig at pleiepersonell synleggjer kva behov dei har overfor prest eller diakon som er kyrkja sine representantar inn i dette arbeidet. Denne gruppa av befolkninga har ikkje den same mulighet til å delta i dei fellesskap som er sentrale i kyrkja og det må difor leggast godt til rette for at bebuarar får dekt sine åndelege behov i institusjonen der dei bur.

Det er vanskeleg å seie korleis komande generasjonar vil sjå på dette temaet i ei tid der religion kan virke som blir mindre viktig for folk flest. Likevel vil der alltid vere ei gruppe dette er svært viktig for. Det er ikkje grunn til å tru at dette vert mindre viktig når ein blir eldre og er i livets siste fase; alderdommen. Eg trur då det vil vere svært viktig at vi har gode rutinar for registrering og er oppmerksame på at slike behov kan forandre seg i løpet av livet, og tida dei bur på institusjon. Det er nettopp i ei slik livsfase at slike behov kanskje kan gjere seg gjeldande hjå fleire enn dei som har vore kyrkjegjengarar heile livet. Behovet for å finne mening med livet og trua på noko som er større enn seg sjølv trur eg kan vere viktig her.

Litteratur:

Bruusgaard, Dag. (2019, 21. januar). pasient. I Store medisinske leksikon. Hentet 25. april 2019 fra <https://sml.snl.no/pasient>

Det norske diakonforbund (2014). *Yrkesetiske retningslinjer for diakoner*. Hentet fra http://www.diakonforbundet.no/images/Yrkesetiske_retningslinjer_diakoner.pdf

Dietrich, S., Korslien, K. K., Nordstokke, K. (2011) *Diakonen – kall og profesjon*. Trondheim: Tapir akademisk

Engedal, Knut. (2019, 11. mars). alderdom. I Store medisinske leksikon. Hentet 24. april 2019 fra <https://sml.snl.no/alderdom>

Engedal, L. G. (2004) *Utvikling av sjelesørgerisk kompetanse: refleksjoner og perspektiver*. Tidsskrift for sjelesorg, 2004 (2), 84-95.

Eriksson, K. (1996). *Omsorgens ide*. København: Munksgaard.

Fanuelsen, O. (2009) *Kirkens omsorgsteneste*. I Johannessen, K.I., Jordheim, K., Korslien, K.K. (2009). *Diakoni -en kritisk lesebok*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.

Helse - og omsorgsdepartementet (2009). Rundskriv 1 – 6/2009. *Rett til egen tros- og livsytelse*.

Holte, M. L. (2019). *Samtalens velsigna gaver. Nokre perspektiv på sjelesorg og prestetenesta i lokalkyrkjelyden*. Tidsskrift for sjelesorg, 2019 (1), 18-35.

Johannessen, A., Tufte, P. A. og Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Johannessen, K.I., Jordheim, K., Korslien, K.K. (2009). *Diakoni -en kritisk lesebok*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.

Jordheim, K. og Korslien, K.K. (2010). *Diakoni og samhandling. Diakonifaglige innspill til Samhandlingsreformen*. Oslo: Diakonhjemmets høyskole.

- Jordheim, K. (2011). *Diakon i menighet*. I Dietrich, S., Korslien, K. K., Nordstokke, K. (2011) *Diakonen – kall og profesjon*. Trondheim: Tapir akademisk
- Karoliussen, M. og Smebye, K.L. (2000). *Eldre aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkerådet. (2008). *Plan for diakoni i Den norske kirke*. Oslo: Den norske kirke, Kirkerådet.
- Kirkerådet. (2015). *Kirke og helse*. Oslo: Den norske kirke, kirkerådet.
- Kirkevold, M. (2001) *Sykepleieteorier –analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkvold, M., Broftkorp, K., Ranhoff, A.H. (2008) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kuven, B.M., Bjorvatn, L. (2015). *Åndeleg omsorg er en del av sykepleien*. *Sykepleien*, 2015(09), 56-58. <http://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.55165>
- Magelsen, M., Fredheim, O.M.S. (2011). *En åndeleg dimensjon er viktig for mange pasienter*. *Tidsskrift Norsk Legeforening*, 2011(2), 138-140.
- Mensen, L. (2008) *Biologisk aldring*. I Kirkvold, M., Broftkorp, K., Ranhoff, A.H. (2008) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Nordhelle, G. og Danbolt, T. (2012) *Åndelegheit – mening og tro*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Romøren, T.I. (2008). *Eldre, helse og hjelpebehov*. I Kirkvold, M., Broftkorp, K., Ranhoff, A.H. (2008) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Schmidt, H. (2011). *Har du tid til det, da? Om åndeleg omsorg i sykepleien*. Bergen: Fagbokforlaget.
- St.meld. nr47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted – til rett tid*.

Tveit, B. (2012). *Åndeleg omsorg – fagidentitet og profesjonalt ansvar* I Nordhelle, G. og Danbolt, T. *Åndelighet – mening og tro*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1: Intervjuguide

Bakgrunn:

- Namn
- Alder
- Utdanning/kvar tok du utdanning?
- Kor lenge har du arbeidd i yrket ditt?

Arbeidsplass:

- Kva type avdeling arbeider du på?
- Har de rutiner for registrering av religiøs tilknytning på din arbeidsplass/di avdeling?
- Evt kva slags rutiner er dette?
- Kvifor ville du delta i dette prosjektet? Interesse for tema? Pålagt av leiar? Andre?

Åndelig omsorg:

- Kva legg du i begrepet heilhetlig omsorg? Grei ut
- Kva legg du i begrepet åndeleg omsorg? Grei ut
- Var det fokus på desse begrepa der du tok utdanning?
- Kven har ansvar for åndeleg omsorg til pasientane?
- Tek bebuarane initiativ til samtale, eller etterspør åndeleg omsorg?
 - o Kva kan evt vere grunnar til at bebuaren ikkje tek opp slike spørsmål?
- Kor viktig er det for **deg** å ivareta pasientens åndelige omsorg og kvifor er dette viktig/mindre viktig?
- Føler du deg kapabel til å møte pasientane sine åndelige behov?
- Synes du det er vanskelig å ivareta pasientens åndelige omsorg? Evt. kvifor
- Kva faktorar kan gjere det vanskelig å ivareta pasienten sin åndelige omsorg?
 - o Eks. Tid, personlig religiøsitet, ressurser, mangel på hjelpemiddel,
- Kor viktig er åndelig omsorg for deg i forhold til kravet om heilhetlig sjukepleie til pasientane?
- Er dette eit tema som får plass på temadagar/faglege møter/kurs som vert arrangert for personalet i institusjonen?
- Korleis trur du dei eldre føler seg ivaretatt i forhold til åndeleg omsorg?

Samarbeid andre instansar:

- Har du hatt behov for å kontakte andre for å ivareta pasienten sine åndelige omsorg? Kva er evt grunnen til at du treng å kontakte andre?
- Kven er naturleg å kontakte dersom du ikkje strekk til med tanke på å dekke pasienten sitt behov for åndelig omsorg? (Andre innanfor institusjonen, prest, diakon, pastor, imam, andre?)
- Korleis kan andre instansar vere med på å gjere det enklare for deg å dekke behovet for åndeleg omsorg til pasientar på di avdeling?
- Er det hjelpemiddel, material eller tenester/kurs/opplæring du saknar for å dekke behovet for åndeleg omsorg hjå pasientane på di avdeling?
- Har de faste samarbeid/tiltak med andre instansar for å ivareta åndeleg omsorg?

Andre religionar?

- Møter du behov knytt til åndeleg omsorg som dreier seg om andre trussamfunn/religionar utanom dei kristne/kristendom?
- Er det like lett/like vanskeleg for deg som sjukepleiar å ivareta alle pasientar sine åndelege behov uavhengig av kva religion dei tilhøyrer?
- Har du merka på di avdeling at samfunnet blir meir fleirreligiøst?

Vedlegg 2 : Informasjonsbrev til leiarar ved institusjonane

Til sjukepleiarar tilsett på avdelingar med pasientar med langtidsopphald.

Eg heiter Ingvild Snipsøyr. Eg er utdanna sjukepleiar men arbeider no som diakoniarbeidar i Sula sokn. Eg studerer master i diakoni ved Vid vitenskaplige høgskole i Oslo. I den samanheng skal eg skrive ei masteroppgåve med sjølvvalgt tema. Eg har som tema for oppgåva mi valt ”Åndeleg omsorg for pasientar (eldre) på institusjon”. Eg har også formulert ei problemstilling for oppgåva som seier litt meir om kva eg vil konsentrere meg om å finne ut av utfrå temaet eg har valgt. Problemstillinga mi er: *«Korleis får eldre på institusjon ivarett sine åndelege behov, og korleis kan offentleg eldreomsorg og kyrkja saman ivareta åndeleg omsorg til bebuarar på institusjon?»*

Med bakgrunn i denne problemstillinga håper eg å kome i kontakt med sjukepleiarar som arbeider på avdelingar med pasientar som bur på sjukeheim over eit lengre tidsrom enn vanlege korttids- og avlastningsopphold, og som kan tenkje seg å vere med på eit intervju angående dette temaet. Eit slikt intervju er berekna å ta ca 1-1,5 timar. Eg kan komme til din arbeidsplass for intervju, eller vi finn ein anna egna stad. Du kan når som helst i prosessen trekkje di deltaking i prosjektet. Eg set stor pris på om du kan tenkje deg å vere med på dette.

Med min bakgrunn som sjukepleiar og erfaring frå eldreomsorg veit eg at dette kan vere eit utfordrande tema og ynskjer å finne ut av korleis dette blir gjort og prioritert på ulike institusjonar. Eg har også som diakoniarbeidar sett denne problemstillinga frå ei anna side og snakka med pasientar som har sakna å få dekt sine behov knytt til åndeleg omsorg. Formålet mitt med dette prosjektet er ikkje å finne ut kva som ikkje blir gjort, men å klare å finne årsaker til kvifor åndeleg omsorg blir nedprioritert, og kanskje også finne løysingar på korleis dette kan bli betre.

Dersom du kan tenkje deg å vere med på eit slikt intervju eller har spørsmål så ta kontakt med Ingvild Snipsøyr på e-post ingvild.snipsoyr@sula.kommune.no eller telefon 980 88 248. Både institusjonen og du som enkeltperson vil bli anonymisert i oppgåva. Det vil bli brukt opptaksutsyr under intervjuet, slik at eg får med meg alle opplysningar som blir gitt. Opptaka vil bli oppbevart utilgjengelig for andre enn meg og evt.vegleiar. Desse opptaka vil bli sletta etter at oppgåva er ferdig vurdert i juni 2019. Prosjektet er meldt og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Håper du kan tenkje deg å vere med på dette. Påmelding innan 24.februar 2019.

Med venleg helsing

Ingvild Snipsøyr

masterstudent i diakoni

Vedlegg 3: Samtykkeskjema

SAMTYKKESKJEMA

Samtykkeskjema for deltaking på intervju i samband med masteroppgåva skriven av Ingvild Snipsøy (masterstudent i diakoni ved VID). Oppgåva har temaet ”Åndeleg omsorg til eldre i institusjon”. Problemstillinga eg har valt for denne oppgåva er: «*Korleis får eldre på institusjon ivaretatt sine åndelege behov, og korleis kan offentleg eldreomsorg og kyrkja saman ivareta åndeleg omsorg til bebuarar på institusjon?*».

Formålet med intervjuet i denne studien er å finne ut kva som vert gjort innanfor dette fagfeltet i institusjonane i dag. Kva prosedyrer og retningslinjer finns, og evt. kva utfordringar er knytt til dette. Eg ynskjer også å finne ut frå sjukeleiarane sin ståstad korleis dei tenkjer at kyrkja kan bidra til å gjere den åndelege omsorgen for pasienten betre.

Dette prosjektet er meldt og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD).

- Eg samtykker i at opplysningar gitt i intervju kan nyttast i arbeidet med dette prosjektet.
- Eg er informert om at deltaking i prosjektet er frivillig og at eg på kva som helst tidspunkt i prosessen kan trekkje min deltakelse i dette arbeidet.
- Eg er informert om at mi deltaking vert anonymisert i den ferdige oppgåva og at lydopptak o.l vert forskriftsmessig oppbevart utan tilgang for uvedkommande.

Underskrift deltakar i intervju

Tusen takk for hjelp til å gjennomføre dette forskningsprosjektet og takk for at du stiller opp i intervju!

Med venleg helsing

Ingvild Snipsøy

masterstudent i diakoni