



# Åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem

*En kvalitativ studie som undersøker hvordan sykepleiere og sykehjemsprester ivaretar disse behovene hos pasienter på kommunale og diakonale sykehjem*

Anabel Eidås Askerud

VID vitenskapelige høgskole

MF vitenskapelige høgskole

Oslo

Masteroppgave

Master i diakoni

Antall ord: 24 829

16. mai 2022

**Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.  
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

# Sammendrag

I denne studien forsker jeg på åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem. Problemstillingen min er: *Hvordan kan man ivareta åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem?* For å utdype problemstillingen, utformet jeg tre underspørsmål. Disse utforsker hvordan sykehjemsprester og sykepleiere ivaretar pasientenes åndelige og eksistensielle behov, eventuell sammenheng mellom ivaretagelsen av disse behovene og pasientenes livsmestring, og hvilke forskjeller som kommer til syne mellom et kommunalt og diakonalt sykehjem.

Som forskningsmetode har jeg utført en kvalitativ studie basert på semistrukturerte intervjuer. Informantene mine har vært sykehjemsprester og sykepleiere med tilknytning til samme sykehjem, og jeg har valgt ut et kommunalt og et diakonalt sykehjem som ligger sentralt på Østlandet.

Gjennom studien fant jeg ut at det utføres regelmessige andakter og gudstjenester på sykehjemmene, og sykehjemsprestene blir ansett som samtalepartner for pasientene. Det ble også pekt på viktigheten av kartlegging og videreformidling av åndelige og eksistensielle behov hos pasientene, og hvordan ivaretagelsen av disse behovene kan ha en sammenheng med en pasients livsmestring.

Gjennom regelverk, litteratur og funn fra studien kan man se viktigheten av å få ivaretatt de åndelige og eksistensielle behovene hos pasienter på sykehjem, og det er dermed viktig å prioritere denne ivaretagelsen. Sykehjemsprester innehar den teologiske kompetansen til å utføre sjelesorgsamtaler og ritualer, mens sykepleiere må inkludere disse behovene i den helhetlige omsorgen de gir til sine pasienter. Det kan også være hensiktsmessig at alle som utøver omsorg til pasientene har en bevissthet rundt hva åndelige og eksistensielle behov er, noe som kan gjøres gjennom kursing og opplæring av ansatte. Fokuset på ivaretagelsen av disse behovene bør både ligge hos den enkelte ansatte, men også forankret i sykehjemmets ledelse, da dette øker muligheten for at et slikt fokus igjen blir implementert hos de ansatte. På den måten kan åndelige og eksistensielle behov bli en innarbeidet og naturlig del av sykepleiernes og øvrig pleiepersonells arbeidsoppgaver.

Emneord: Åndelige og eksistensielle behov, diakoni, sykehjem, pasient, sykehjemsprest, sykepleier, omsorgsteori

# Abstract

In this study I examine the spiritual and existential needs of patients in nursing homes. My research question is: *How can we take care of the spiritual and existential needs of patients in nursing homes?* To help answer my research question, I explore how Nursing Home Chaplains and nurses take care of patients' spiritual and existential needs in relation to the patients' own life skills. Furthermore, I consider whether there are any differences of care given by municipality run nursing homes and Christian (diaconal) run nursing homes.

My research method is a qualitative study approach based upon semi-structured interviews. My interviewees are chaplains and nurses who work at the same nursing homes located in the middle of Eastern Norway: one municipality run nursing home and one Christian (diaconal) run nursing home.

Throughout this study I found that chaplains provide pastoral care for the patients, and that homilies and services are regularly held in the nursing homes. The mapping and ongoing consideration of spiritual and existential needs were seen as important for patients' well-being, alongside their own coping mechanism.

By considering codes of conduct, documents and interview findings, this study shows the importance of taking care of the spiritual and existential needs of patients in nursing homes and should continue to be prioritised as such. Chaplains have the theological competence to do pastoral care and ritualised care, and nurses must include these needs in the holistic care given to their patients. It might also be useful for anyone involved in the care of patients to have an awareness of patients' spiritual and existential needs. This can be accomplished by arranging courses and providing information to staff members. The focus on taking care of these needs should be rooted both in the employees, but also in the management of the nursing homes, as this may increase the possibility of implementing these needs among members of staff. In this way, spiritual and existential needs can be incorporated as natural part of the duties for nurses and other health care professionals in their line of work.

Key words: spiritual and existential needs, diaconia, nursing home, patient, chaplain, nurse, nursing theory

# Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en krevende og utfordrende prosess, men det har også vært en spennende, lærerik og god opplevelse. Jeg har aldri før skrevet en så stor oppgave, og jeg er ydmykt takknemlig for og stolt av at jeg kom i mål! Og jeg har så mange jeg har gledet av å takke for at jeg klarte det.

Først og fremst må jeg takke mine seks informanter som var villige til å stille til intervju! Studien min hadde ikke blitt til uten dem, og det var både interessant og fint å kunne ta del i deres tanker og erfaringer knyttet til temaet. Jeg må også takke min venninne Solveig for at hun kunne stille opp og utføre pilotintervjuet, noe som gjorde meg tryggere og mer forberedt til selve intervjuene.

Så vil jeg takke så mye til min veileder Kari Jordheim for hennes tilgjengelighet, veiledning og støtte gjennom hele oppgaven. Hennes konstruktive tilbakemeldinger har hjulpet meg til å utarbeide den beste oppgaven jeg kunne ha kommet frem til, og hennes oppmuntrende ord har vært til god støtte når jeg har møtt på utfordringer underveis.

Videre må jeg takke min kjære André for korrekturlesing, gode tilbakemeldinger og alt av støtte og oppmuntring han har gitt meg på veien. Takk også til Stig, Analin og Bradley for gjennomlesing og korrekturlesing av deler av oppgaven, samt råd på veien.

Jeg vil også takke alle medstudenter jeg har møtt eller snakket med gjennom arbeidet med masteroppgaven, og en spesiell takk til Marie som jeg har hatt kontakt med hele veien, gjennom møter på skolen, telefonsamtaler og digitale samtaler! Så vil jeg takke for alle gode fellesskap på MF vitenskapelige høgskole, på VID vitenskapelige høgskole og på lesesalen til MER. Disse fellesskapene har vært veldig viktige for meg, og gitt meg følelsen av å ikke være helt alene i «masterbobla» mi.

Takk også til familie og venner som har støttet og heiet på meg hele veien frem til innleveringen av masteroppgaven! Tusen takk!

Oslo, 13. mai 2022

Anabel Eidås Askerud

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	III
Abstract .....	V
Forord .....	VI
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn og motivasjon for studien .....	1
1.2 Presentasjon av temaet.....	1
1.3 Problemstilling og underspørsmål .....	4
1.4 Avgrensning og aktuelt for studien .....	5
1.5 Begrepsavklaringer.....	6
1.5.1 Åndelige behov.....	6
1.5.2 Eksistensielle behov .....	7
1.5.3 Livsmestring.....	7
1.6 Diakonifaglig perspektiv på studien .....	8
1.7 Gjennomgang av oppgaven.....	8
2 Teori.....	9
2.1 Åndelig og eksistensiell omsorg .....	9
2.1 Diakonifaglig teori .....	10
2.1.1 Diakonalt perspektiv .....	10
2.1.2 Sjelesorg .....	11
2.1.3 Empowerment.....	13
2.1.4 Ritualer og symboler .....	15
2.2 Sykepleiefaglig teori .....	16
2.2.1 Helhetlig omsorg .....	16
2.2.2 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee: Mellommenneskelige forhold i sykepleie... 17	
2.2.3 Sykepleieteoretiker Kari Martinsen: Omsorgsfilosofi .....	19
3 Metode .....	21
3.1 Valg av metode.....	21
3.2 Fenomenologi og hermeneutikk .....	21
3.3 Informanter og utvalg .....	22
3.3.1 Utvalg av informanter på kommunale sykehjem.....	24
3.3.2 Erfaring av utvelgelsen av informanter.....	24

3.4 Intervjusituasjonen.....	25
3.4.1 Intervjuguide .....	25
3.4.2 Forberedelser til intervju .....	26
3.4.3 Intervjusituasjonen.....	26
3.5 Personvern, datahåndtering og forskningsetikk .....	27
3.6 Studiens kvalitet .....	29
3.6.1 Validitet .....	29
3.6.2 Reliabilitet .....	30
3.6.3 Overførbarhet .....	31
3.7 Analyse og funn i datamaterialet .....	31
3.8 Metodekritikk .....	32
3.8.1 Kritikk til bruk av kvalitativ metode .....	32
3.8.2 Kritikk til og refleksjoner rundt rekruttering av informanter.....	33
4.0 Funn.....	34
4.1 Forståelse av åndelige og eksistensielle behov.....	34
4.2 Kartlegging av pasientenes åndelige og eksistensielle behov .....	36
4.3 Ulike former for åndelig og eksistensiell omsorg.....	38
4.3.1 Tradisjoner og ritualer.....	38
4.3.2 Sjelesorg .....	40
4.4 utfordringer .....	42
4.5 Betydning for livsmestring .....	43
4.6 Sykepleierens og sykehjemsprestens rolle i sykehjemmet.....	45
4.6.1 Sykepleierens rolle .....	45
4.6.2 Sykehjemsprestens rolle .....	46
4.7 Forskjell på kommunalt og diakonalt sykehjem.....	47
5 Drøfting.....	51
5.1 På hvilken måte ivaretas pasientenes åndelige og eksistensielle behov hos henholdsvis sykepleiere og sykehjemsprester? .....	51
5.1.1 Sykepleiernes rolle .....	53
5.1.2 Sykehjemsprestens rolle .....	55
5.2 Hvilke erfaringer har prester og sykepleiere av sammenhengen mellom ivaretagelse av slike behov og pasientenes livsmestring? .....	59



5.2.1 Gir trygghet og gjenkjennelse .....	59
5.2.2 Styrking av pasientenes myndiggjøring.....	60
5.2.3 Diakonale verdier i tråd med Martinsens omsorgsteori innenfor sykepleie? .....	62
5.3 Hvilke forskjeller kommer til syne mellom et kommunalt og et diakonalt sykehjem rundt ivaretagelsen av pasientenes åndelige og eksistensielle behov? .....	64
5.3.1 Informantenes erfaringer og utsagn .....	64
5.3.2 Sykehjemmenes verdigrunnlag .....	65
6 Oppsummering og videre utfordringer .....	68
7 Litteraturliste.....	70
Vedlegg 1: NSD sin vurdering .....	75
Vedlegg 2: Informasjonsskriv til sykehjemsprester .....	78
Vedlegg 3: Informasjonsskriv til sykepleiere.....	82
Vedlegg 4 Intervjuguide til sykehjemsprester.....	86
Vedlegg 5: Intervjuguide til sykepleiere .....	88



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn og motivasjon for studien

Jeg jobbet som pleieassistent på et bo- og dagsenter hvor jeg er oppvokst, og her utviklet jeg et hjerte for eldreomsorgen. Jeg syntes det var spennende å bli kjent med de eldre menneskene og å få lytte til historiene om deres levde liv. Hverdagslivet på et bo- og dagsenter kunne fort bli ensidig for de som bodde der, og jeg ønsket å utgjøre en forskjell for dem, la dem føle seg sett og bidra til å skape en verdifull hverdag for dem. Da jeg ble ferdigutdannet sykepleier og begynte å jobbe på sykehjem, holdt jeg fortsatt fast på ønsket om at pasientene ikke skulle føle på at de kun var diagnoser som måtte behandles. Jeg ville skape en mening for pasientenes siste del av livet.

I dagene før mormor døde, forstod jeg at mormor led av dødsangst. Hun var redd for at de dårlige valgene hun hadde tatt gjennom livet sitt ville føre til at hun ikke fikk plass i Himmelen. Mormor ble kristen i løpet av sine siste leveår, og jeg syntes det var rart at hun ikke fikk tilbud om å prate med prest i løpet av sitt opphold på sykehjemmet. Dette fikk meg til å bli mer nysgjerrig på hvilke rutiner sykehjemsprester har for å ivareta sykehjemspatientenes åndelige og eksistensielle behov, samt hvilke rutiner sykehjem har for å oppnå et godt samarbeid med preste- og diakontjenesten.

## 1.2 Presentasjon av temaet

I nesten hele min sykepleierkarriere har jeg jobbet på sykehjem, og jeg fikk raskt kjennskap til pasientenes kompliserte sykdomsbilde og skrøpeligheit. Med en utvikling i medisinsk behandling og at det har blitt høyere levestandard blant befolkningen her i Norge, har det ført til at flere har lengre levetid enn tidligere (Schmidt, 2014, s. 10). Etter samhandlingsreformen har det også blitt en bevegelse fra spesialisthelsetjenesten til et større fokus på kommunehelsetjenesten (Meld. St. 47 (2008-2009), s. 111). Det kan bety at pasienter fra sykehuset blir skrevet ut tidligere, og at det legges vekt på at avansert pasientbehandling skal kunne fortsette på sykehjem. Pasientene som bor på sykehjem har dermed blitt eldre og sykere enn tidligere, og behandlingen som den enkelte pasient krever

har blitt langt mer kompleks for helsearbeiderne de siste årene. Med et stort fokus på medisinsk behandling for somatiske og psykiske lidelser og ikke minst nye arbeidsoppgaver tilknyttet COVID-19, er mitt inntrykk at åndelige og eksistensielle behov har kommet langt ned på prioriteringslisten av behov som må ivaretas.

Martinsen forteller at åndelige og eksistensielle behov tilknyttet helsesektoren tradisjonelt sett har vært en integrert del av sykepleien, mye grunnet at veksten av den moderne sykepleien i siste halvdel av 1800-tallet var forbundet med kristne eller religiøse virksomheter. Disse virksomhetene så på sykepleien som nestekjærlighet, barmhjertighet og kall. Da den medisinske utviklingen satte sitt preg i helsevesenet gjennom 1900-tallet, endret også forståelsen av sykepleierfaget seg. Fra at åndelig omsorg var en del av en helhetlig forståelse av sykepleien, ble det istedenfor mer vektlagt medisinske sider ved faget (gjengitt fra Tveit, 2012, s. 156). Tveit (2012) uttrykker at dagens profesjonelle utøvelse blir påvirket av dens økonomiske og stramme rammer, og at dette har ført til et større fokus på produksjon og effektivitet enn tidligere. Likevel understreker hun at fagidentitet og fagforståelse handler om hva den enkelte velger å gi betydning i profesjonsutøvelsen. Ens fagidentitet og fagforståelse er ikke konstant gjennom sin yrkespraksis, men den kan formes og utvikles som profesjonsutøver (s. 155).

Det er stor forekomst av demens hos pasienter på sykehjem, og Helse- og omsorgsdepartementet (2020) påpeker at over 80 % av sykehjemspasienter har en form for demenssykdom (s. 33). Demens er en samlebetegnelse på sykdommer i hjernen som resulterer blant annet i glemshet og generell intellektuell svikt (Engedal, 2021). Det som karakteriserer demens, er at hukommelses- og tankeevnen blir i så stor grad redusert at det er en tydelig svikt sammenliknet med sin tidligere kognitive funksjon (Rokstad, 2008b, s. 28). Personer med demens har høy forekomst av angst da de kan ha utfordringer med å ha kontroll over sin egen situasjon, samt oppleve usikkerhet over fremtiden. I tillegg kan de ha vrangforestillinger, altså pasientenes egne påstander som ikke samsvarer med virkeligheten og omgivelsene rundt (Rokstad, 2008b, s. 43-44).

Gjennom mine erfaringer fra karrieren, privat og praksis og gjennom sykepleierutdanningen erfarte jeg at de eldre ble sett på som lavere stilt enn andre mennesker. Jeg opplevde at arbeid med eldre kun ble sett på som en jobb man skulle utføre. Rokstad (2008a) skriver at

samfunnet har en tendens til å utelukke personer med demens, noe som kan knyttes til alderisme der eldre mennesker blir sett på som belastende og inkompetente (s. 69). Jeg har erfart at en sykehjemspasients øyeoperasjon kunne bli bortprioritert i flere måneder til fordel for en yngre person som skulle ha nøyaktig samme øyeoperasjon. Det å ikke ha et syn til å kunne lese bøker, til å se hvem som kommer for å hjelpe deg i stellet eller til å se maten du spiser kan gjøre at en blir utrygg i hverdagen og at en får redusert livskvalitet. Dette kan igjen gi en negativ påvirkning på pasientenes behov, ikke minst deres åndelige og eksistensielle behov.

Sykehjem kan ofte bli sett på som det siste levestedet for pasientene som bor der, og pasientene har lagt et langt liv bak seg. Schmidt (2014) skriver at det er ganske normalt at de eldre i sin siste fase av livet ser tilbake på den tiden man har levd, prøver å forsones seg med valgene man har tatt, og retter blikket mot et evighetsperspektiv (s. 10). På sykehjem får man mulighet til å bli godt kjent med pasientene og deres liv, og jeg har hatt flere dype samtaler med pasientene. Samtaler som blant annet har tatt for seg pasientenes lange levde liv, savn over mennesker i deres omgangskrets som har gått bort, eller tanker og følelser knyttet til døden. Jeg har støttet bekymrede pårørende som følger deres foreldre inn mot livets slutt, og jeg har vært til stede i sorgen som følger når pårørende har blitt de etterlatte. Som diakonstudent har jeg fått henvendelser fra kolleger om jeg kan prate med pasienter med dødsangst eller som bærer på tunge tanker. Jeg har også blitt kontaktet av pasienter som har eksplisitt ønsket å snakke med meg om sine tanker knyttet til døden. Selv om jeg har kjent på det som en tillitserklæring, kan dette bidra til å skape en forståelse av at åndelige og eksistensielle behov kun kan ivaretas av de som er spesielt interesserte. At disse behovene er et personlig anliggende som det virker skummelt og privat å gå inn i, i frykt for å trække feil.

Siden sykehjemspasienter kan bo opptil flere år på sykehjem, har sykepleiere mulighet til å bli godt kjent med pasientene. I tillegg står sykepleierne i en stilling til å komme nært innpå pasienter som befinner seg i sårbare livsfaser. Likevel blir ofte de åndelige og eksistensielle behovene utelatt i den helhetlige omsorgen for pasienten (Baldacchino, 2015, s. 594). I følge Molzahn & Sheilds (2008) har også mange sykepleiere utfordringer med å henvende seg til

pasientene om åndelige og eksistensielle behov (s. 25). Men disse behovene er jo også viktige å ivareta.

Helse- og omsorgsdepartementet har slått fast i Rundskriv 1-6/2009 at enhver som er avhengige av kommunale helse- og omsorgstjenester skal få bistand og tilretteleggelse slik at de får ivaretatt sitt livssyn og sin tro (s. 1). I Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) står det at Kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven forsikrer at mennesker som er i behov av pleie- og omsorgstjenester får "ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel" (§ 1). I 2010 har det blitt utarbeidet en Verdighetsgaranti, og den slår fast at eldreomsorg skal sørge for at hver tjenestemottaker skal få et meningsfylt liv tilpasset den enkeltes behov (Verdighetsgarantien, 2010, § 2). Den samme forskriften konstaterer også at innholdet i tjenesten skal inkludere å "[t]ilby samtaler om eksistensielle spørsmål" (Verdighetsgarantien, 2010, § 3). I Forskrift for sykehjem m.v. (1988) uttrykkes det at "beboerne skal ha frihet til å leve i samsvar med sitt livssyn" (§ 4-6). Det vil være nærliggende å tolke livssyn som den enkeltes mulighet til å utøve sin tro og livssyn (Jordheim & Korslien, 2010, s. 15). Ifølge Jordheim & Korslien (2010) blir tros- og livssynsutfoldelse ansett som et av de grunnleggende behovene til et menneske (s. 14). Slik vises det til at alle mennesker har rett til egen tros- og livssynstjeneste, noe som gjør tematikken i oppgaven min relevant for alle som jobber med mennesker innenfor helsesektoren.

### **1.3 Problemstilling og underspørsmål**

Temaet for masteroppgaven min er åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem. I min masteroppgave ønsker jeg å utforske følgende problemstilling:

*Hvordan kan man ivareta åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem?*

Videre ønsker jeg i denne oppgaven å inkludere både sykehjemsprester og sykepleiere som er ansvarlige for samme pasientgruppe, samt hva pasientenes livsmestring kan ha å si for denne ivaretagelsen. I tillegg ønsker jeg å sammenlikne kommunale sykehjem og sykehjem drevet av diakonale stiftelser. Dette leder meg til disse underspørsmålene:

*På hvilken måte ivaretas pasientenes åndelige og eksistensielle behov hos henholdsvis sykepleiere og sykehjemsprester?*

*Hvilke erfaringer har prester og sykepleiere av sammenhengen mellom ivaretagelse av slike behov og pasientenes livsmestring?*

*Hvilke forskjeller kommer til syne mellom et kommunalt og et diakonalt sykehjem rundt ivaretagelsen av pasientenes åndelige og eksistensielle behov?*

#### **1.4 Avgrensning og aktuelt for studien**

Jeg hadde i utgangspunktet tenkt å se på flere sykehjem, men endte med et kommunalt og et diakonalt sykehjem sentralt på Østlandet. Jeg har valgt å intervju sykehjemsprester som har et særskilt fokus på åndelige og eksistensielle behov hos sykehjemspasienter, samt sykepleiere som befinner seg i hverdagen til sykehjemspasientene og dermed bidrar til deres daglige pleie og omsorg. Prestene og sykepleierne som jeg har inkludert i oppgaven skal også ha ansvaret for samme pasientgruppe.

Jeg har bevisst valgt å bruke kun sykepleiere til oppgaven min. Det er fordi jeg ønsker å begrense meg til én yrkesgruppe og undersøke hvilke tanker og meninger denne arbeidsgruppen har til temaet. Sykepleiere har også ivaretagelse av pasientenes åndelige og eksistensielle behov som en del av pensumlitteraturen i utdanningsforløpet. Jeg mener det derfor kan være spennende å undersøke hvor stor betydning sykepleierne legger i disse behovene, til sammenlikning med de andre medisinske og grunnleggende behovene som også er viktige for pasientene. I tillegg har jeg valgt ut sykepleieteori som en del av teorien for oppgaven.

For å besvare det tredje underspørsmålet til problemstillingen, tenker jeg det kan være aktuelt å se på hvilke verdier de ulike sykehjemmene ønsker å representere og hvordan de ønsker å profilere seg. På det kommunale sykehjemmet sin hjemmeside fant jeg en presentasjonsfilm hvor disse verdiene kom frem: God atmosfære, god kompetanse og gode omgivelser. Her ble det også informert om at sykehjemmet har en prestetjeneste, og hennes navn og kontaktadresse står på hjemmesiden. På hjemmesiden til det diakonale

sykehjemmet står det deres diakonale virksomhet har verdiene respekt, omsorg og rettferdighet. I tillegg ønsker de å være et sykehjem hvor de eldre har trivsel, et sykehjem som betyr noe for lokalmiljøet og et sykehjem hvor ansatte synes det er godt å jobbe. De opplyser om at de har en prestetjeneste i likhet med det kommunale sykehjemmet, men legger til at de har et livssynsåpent seremonirom som kan brukes av alle uavhengig av hvilket livssyn man har. Disse verdiene og opplysningene som jeg fant på sykehjemmenes nettside, kommer jeg tilbake til i drøftingen.

## 1.5 Begrepsavklaringer

Jeg har her valgt å definere åndelige og eksistensielle behov hver for seg for ordens skyld, men definisjonene viser at det er en nær sammenheng mellom dem og at de i stor grad kan gå over i hverandre. Jeg har derfor videre i oppgaven valgt å sette disse to begrepene sammen og ikke ha noe skille mellom dem.

### 1.5.1 Åndelige behov

Min erfaring er at det kan være lett for helsearbeidere å tenke at åndelige behov kun knyttes til tro og religion. Når vi oversetter «åndelig» til det engelske ordet *spirituality*, kan det gi en bredere forståelse av begrepet. Royal College of Nursing (2011) skriver hva *spirituality* ikke er, noe som også kan hjelpe oss til å komme nærmere inn i forståelsen av begrepet. *Spirituality* er ikke bare ens religiøse tro eller utøvelse. *Spirituality* er heller ikke et område som presten har eneansvaret for eller at kun de spesielt interesserte skal ivareta. De skriver derimot at *spirituality* blant annet handler om mål og mening, kjærlighet, relasjoner og menneskets verdier (Royal College of Nursing, 2011). Det åndelige inkluderer dermed hele mennesket, det favner om det ikke-materielle og det befinner seg i alt. Det åndelige rører ved selve kjernen i mennesket og omfatter livets store spørsmål og det som tilfører livet mening, indre ro og fred (Giske & Cone, 2019, s. 12). Med en slik forståelse av åndelige behov, så kan man ikke begrense behovet til kun å gjelde et religiøst perspektiv, da åndelige behov dekker mye av det mennesket kjenner og tenker på og det som gir mennesket følelsen av å være hel.



### 1.5.2 Eksistensielle behov

I filosofien og religioner finnes de eksistensielle spørsmålene som «Hvorfor skjer dette meg?», «Hva skjer med livet etter døden?» eller «Hva gir livet mening?». Slike spørsmål kan være et uttrykk for en eksistensiell lengsel eller et eksistensielt behov, og når mennesker opplever kriser, sykdom eller tap, kan eksistensielle spørsmål få en stor plass i livet (Giske & Cone, 2019, s. 20). De aller fleste mennesker har eksistensielle behov, også mennesker som bor på sykehjem. Giske & Cone (2019) hevder at når den eksistensielle lengselen eller behovet vekkes til live, berører det mennesket på sitt indre plan. Det eksistensielle behovet kan komme til uttrykk på flere måter, og det henger sammen med fysiske, psykologiske og sosiale forhold. For å ivareta dette behovet, må man ta utgangspunkt i ens livssyn og livshistorie og menneskene man har rundt seg, som familie, venner eller fagfolk (s. 20). I denne studien vil jeg se på det eksistensielle som en utvidelse av åndelig omsorg, slik som den blant annet har vist seg innenfor sykepleiefaget (Giske & Cone, 2019).

### 1.5.3 Livsmestring

Livsmestring handler om å kunne takle ulike påkjenninger og belastninger i livet med de forutsetningene en er gitt. Livsmestring for eldre går mye ut på det samme, og det dreier seg i tillegg om å føle seg trygg, trives sosialt og kjenne på tilhørighet. Det handler om å kjenne til og dermed påvirke faktorer for å mestre sitt eget liv, noe som krever likevekt mellom mulighetene og vilkårene samfunnet gir, samt den enkeltes forutsetninger (Nordre Follo, 2020, s. 2).

For min oppgave har jeg valgt å fokusere på livsmestring for pasienter boende på sykehjem, og vil derfor behandle livsmestringsbegrepet deretter. Livsmestring vil i sykehjemssammenheng si å utruste en pasient til å håndtere hverdagens oppgaver. På den måten kan begrepet livsmestring ses på som hverdagsmestring. Stortingsmelding nr. 15 (Meld. St. 15 (2017-2018)) hevder at hverdagsmestring handler om at eldre skal få anledning til å klare seg selv best mulig og være ledere i sine egne liv. Det knyttes en del utfordringer til at de grunnleggende behovene ikke blir ivaretatt hos de eldre, som for eksempel en fraværende oppmerksomhet på forebygging og mestring eller lite strukturert kartlegging og oppfølging av hver enkelt. Hverdagsmestring, og i dens forlengelse livsmestring, blir herved

ansett som en viktig løsning på slike utfordringer som kan bidra til å fremme livskvalitet og mestring (s. 21).

## 1.6 Diakonifaglig perspektiv på studien

Siden dette er en masteroppgave i diakoni, er det naturlig å se på problemstillingen min i et diakonifaglig perspektiv. Problemstillingen min undersøker som nevnt hvordan man kan ivareta åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem, og sett fra et diakonifaglig perspektiv vil det være aktuelt å se på diakoniens helhetlige menneskesyn. Et slikt menneskesyn er blant annet opptatt av å ivareta menneskets fysiske, psykiske, kulturelle, sosiale og åndelige behov, slik som Nissen (2008) beskriver (s. 274). Dette skal jeg utdype nærmere i teorikapittelet.

Diakoni har sitt utspring fra den kristne troen og kirken, og den uttrykker hva det betyr å være kirke. Diakonien viser seg i handling og engasjement til beste for mennesker (Nordstokke, 2002, s. 17-18). Nordstokke (2002) forteller at det finnes mange brukere som ikke føler tilhørighet med kirken innenfor institusjonsdiakonien, men ifølge brukerundersøkelser har flesteparten av brukerne gode erfaringer i møte med den diakonale virksomheten. Brukerne forteller at de får en følelse av å bli respektert og tatt på alvor (s. 17).

## 1.7 Gjennomgang av oppgaven

I neste kapittel skal jeg redegjøre for teori som jeg mener er relevant for oppgaven min. Jeg har valgt å dele teorien inn i tre deler: Åndelig og eksistensiell omsorg, diakonifaglig teori og sykepleiefaglig teori. I metodekapittelet forklarer jeg hvilken metode jeg har brukt for å innsamle data og utføre analysen, samt hvordan jeg har ivaretatt personvernet. Jeg vil også utdype utfordringer jeg møtte på underveis og skrive om kritiske sider til bruken av metoden min. I funnkapittelet redegjør jeg for funnene jeg fikk fra datamaterialet som var aktuelt for mitt tema og min problemstilling, før jeg i neste kapittel drøfter problemstillingen ut fra empiri og teori som jeg allerede har presentert i oppgaven. Avslutningsvis skriver jeg en oppsummering for hele oppgaven.

## 2 Teori

### 2.1 Åndelig og eksistensiell omsorg

Som jeg beskrev innledningsvis, har jeg valgt å se på åndelige og eksistensielle behov sammen og ikke adskilt. Begrepet *åndelig* ble her presentert innenfor en bred forståelsesramme. Tveit (2012) har imidlertid skildret to ulike begrepsforståelser for menneskets åndelige dimensjon; *den eksklusive begrepsforståelsen* og *den inklusive begrepsforståelsen* (s. 156-158). I *den eksklusive begrepsforståelsen* forklares menneskets åndelige dimensjon som menneskers religiøsitet eller menneskets gudstro (Tveit, 2012, s. 156). Tveit (2012) stiller seg kritisk til en slik forståelse. Hun hevder at mennesker vil kunne bli ekskludert fra den åndelige dimensjonen dersom den skal forutsette en religiøs tro eller gudstro, og den vil ikke kunne lytte til alle menneskers behov og erfaringer. En annen konsekvens av en snever forståelse av menneskets åndelige dimensjon, kan være at ivaretagelsen av menneskets åndelige behov kun blir forbeholdt ekspertene med kompetanse på feltet. Ekspertene kan være prester, imamer eller andre åndelige ledere. Andre fagpersoner, som sykepleiere, får i denne sammenheng i oppgave å henvise, og de skulle ikke måtte engasjere seg i åndelig omsorg da dette ikke inkluderes i deres arbeidsområde (s. 157).

I *den inklusive begrepsforståelsen* kan åndelig omsorg omfatte livsoppfatninger som både er religiøse og ikke-religiøse, noe som åpner for en forståelse av at alle mennesker har et åndelig behov. Åndelighet blir her sett på som blant annet tilstedeværende i alle mennesker, menneskets kjerne og essens, relasjon og nærhet, og kan omfavne alt det menneskelivet består av (Tveit, 2012, s. 158). Murray & Zentner har utarbeidet en definisjon på åndelighet slik:

(...) Den åndelige dimensjonen forsøker å være i harmoni med universet, den søker svar på det uendelige, og kommer ofte lett i fokus i tider med følelsesmessige påkjenninger, fysisk og psykisk sykdom, tap og død. (Murray & Zentner, gjengitt fra Tveit, 2012, s. 158).

Haken med en slik bred definisjon er at den kan bli diffus og vag. Likevel er det en nytte i en slik begrepsforståelse, da den fokuserer på menneskets erfaringer, samt at den påpeker at

det åndelige hos mennesket blir sentralt i tider med påkjønning, sykdom og død. Dette gir en personsentrert omsorg da den henter sitt grunnlag i menneskets egne opplevelser, følelser og erfaringer (Tveit, 2012, s. 158). Ifølge Tveit (2012) dreier god åndelig omsorg seg om å ta forutsetning i hvert menneskes individuelle erfaringer av mening og eksistens knyttet til den situasjonen vedkommende befinner seg i (s. 159). Innenfor denne definisjonen er det eksistensielle også tydelig inkludert.

Et fokus på åndelig og eksistensiell omsorg hvor pasienten befinner seg i sentrum, kan vi også finne hos Stifoss-Hanssen & Kallenberg (1998). De har utviklet en treleddet forståelse for det de kaller den åndelige omsorgen. For det første handler det om å være fokusert på pasientens eksistensielle ressurser og spørsmål. For det andre handler det om å lytte til meningen som pasienten har i sin livshistorie. For det tredje handler det om å ta utgangspunkt i pasientens livssyn for å medvirke til vedkommende sitt arbeid med eksistensielle spørsmål. En slik definisjon tar utgangspunkt i selve pasienten og ikke hvilket livssyn en har, og vil derfor romme et samfunn med flere og ulike tro og livssyn (s. 21).

## **2.1 Diakonifaglig teori**

### **2.1.1 Diakonalt perspektiv**

Diakoni defineres som kirkens omsorgstjeneste og er evangeliet i handling (Kirkerådet, 2020, s. 4). Dette viser at diakonien har sitt rotfeste i den kristne troen, og dermed i troen på at Gud har skapt alt og at Gud har gitt oppdrag til sine etterkommere (Jordheim, 2009b, s. 16). Det kan være hensiktsmessig å forstå diakoni ut fra et bibelsk grunnlag, der diakoni uttrykkes gjennom hva de kristne er og hva de kristne gjør for sine medmennesker, fellesskapet og naturen. En slik forklaring viser at diakonien ikke er et alternativ for kirken, men derimot en integrert del av kirkens tilstedeværelse og oppdrag i verden (Nordstokke, 2014, s. 46). Slik som Jesus møtte sine medmennesker med åpenhet og nestekjærlighet, slik har også diakonien blitt inspirert til å etterleve. Guds kjærlighet til menneskene er et grunnleggende aspekt for diakonien som skal uttrykke kjærlighet i praksis (Jordheim, 2009b, s. 16-17). Nordstokke (2002) skriver at diakoni handler om at alle mennesker skal finne seg selv

nyttige, evnerike og ressurssterke, og at diakonalt arbeid ikke skal *gjøres for* andre, men *med* andre. Slikt sett spiller alle mennesker en sentral rolle i Guds sammenheng (s. 26).

Nordstokke (2002) hevder at diakonien går ut fra og fastslår det kristne menneskesynet. Et kristent menneskesyn som ser på at mennesket er skapt i Guds bilde, og har dermed en enestående verdi i seg selv (s. 23). Videre peker Nordstokke (2002) på tre viktige områder innenfor det kristne menneskesynet med tanke på diakonal praksis og refleksjon. Det første området er at mennesket er skapt til relasjoner, både til Gud, mennesker og til naturen. Det andre området er at mennesket er skapt til mangfold, og fordrer en åpenhet overfor og likeverd for alle mennesker i mangfoldet. Det tredje området er at mennesket er skapt til oppdrag, og mennesket har både evner og kvaliteter som gjør at det kan leve konstruktivt og tjenlig i relasjonene sine (s. 24). Nordstokke (2002) skriver også at det er viktig å bevare et helhetlig menneskesyn, hvor mennesket er sammensatt av både kropp og sjel, samtidig som at det har en åndelig og sosial egenskap. Alle disse delene må ses i sammenheng med hverandre og ikke atskilt (s. 25).

Diakoni handler altså om å utøve kjærlighet i praksis, både til Gud, sine medmennesker og til naturen, samtidig som at den skal utruste alle mennesker til å finne seg selv nyttige og likeverdige. Dette sammenfaller godt med hvordan Kirkerådet (2020) i definisjonen av diakoni deler diakonien inn i fire hovedområder: Nestekjærlighet, inkluderende fellesskap, vern om skaperverket og kamp for rettferdighet (s. 4).

### 2.1.2 Sjelesorg

Sjelesorg er et omfattende begrep som kan forklares på ulike måter. Hvis man ser på ordets opprinnelige opphav, så kan man finne at sjelesorg fra det tyske ordet «seelensorge» og betyr «omsorg for sjelen» (Okkenhaug, 2002, s. 13-14). Espedal (2015) skriver at sjelesorg er en samtale med én eller flere, og som ofte finner sted i kirken. Videre understreker hun at sjelesorg ikke bare er en samtale som befinner seg på et privat samtalerom i kirken, men at sjelesorgsamtaler kan oppstå i hverdagslige samtaler som kan utvikle seg til å snakke om dypere og mer eksistensielle temaer. Det kan for eksempel være en samtale mellom en diakon og et menighetsmedlem under kirkekaffen hvor menighetsmedlemmet utviser dypereliggende følelser til samtaletemaet (s. 19). Sjelesorg består imidlertid ikke bare i å gi omsorg for sjelen, det innerste og dypeste i et menneske, men også omsorg for hele

mennesket. Sjelesorg kan dermed i noen situasjoner være å be «Vår Far», synge salme, rekke ut en hjelpende hånd eller snakke om Gud. Likevel er den tradisjonelle forståelsen og praksis av sjelesorg sett på som en del av diakonien, hvor den består av omsorgen som blir gitt gjennom samtaleformen (Nielsen, 2016, s. 14).

For at et menneske skal kunne åpne seg og snakke om sine dypereleggende følelser, er det viktig at sjelesørgeren skaper et trygt og åpent rom, samt viser med hele seg at hun eller han kan være en god støtte i det som et menneske ønsker å prate om. Okkenhaug (2002) understreker viktigheten med å skape et rom preget av trygghet for at et menneske skal kunne våge å sette ord på sine sårbare følelser og tanker. Sjelesørgeren må evne å være empatisk i sitt møte med konfidenten, slik at vedkommende kan få tillit til sjelesørgeren (s. 86). Grevbo (2018) hevder at sjelesørgerens grunnholdning i utgangspunktet er en åpen, vennlig, likestilt og mottagelig holdning, hvor sjelesørgeren lytter, prøver å forstå og reflekterer over det konfidenten kommer med (s. 271).

Grevbo (2006) beskriver ulike former for sjelesorg. Noen av formene han presenterer kaller han kerygmatiske eller bibelbaserte sjelesorg, og felles for disse sjelesorgsformene er at de går ut på å forkynne Guds ord, og spesielt ordet om syndenes forlatelse (s. 308-323). Andre former for sjelesorg som Grevbo (2006) presenterer, har mer terapeutisk preg og har som mål å oppnå økt selvinnsikt hos konfidenten eller å møte konfidenten med ekte engasjement og respekt. Slike sjelesorgsformer kaller han for dybdepsykologisk eller partnersentrert sjelesorg (s. 351-384).

Det er imidlertid viktig å merke seg svakheter ved bruken av de ulike sjelesorgsformene. En svakhet ved sjelesorgsformene som legger vekt på å forkynne Guds ord, kan være at sjelesørgeren har en oppfatning av hva konfidenten trenger før konfidenten får lagt frem sin historie. Dette kan igjen bidra til at konfidenten ikke føler seg forstått når konfidentens livshistorie ikke blir tatt ordentlig på alvor (Eide, 2014, s. 15). På den annen side så kan sjelesorg som legger mest vekt på terapeutiske former vise seg som en svakhet ved at sjelesørgeren ikke er komfortabel med å snakke om livssyn, som er sjelesorgens særtrekk (Eide, 2014, s. 18). Eide (2014) skriver derfor at det som er viktig innen sjelesorgen er at sjelesørgeren mestrer å lytte til konfidentens smerte og møte konfidenten der han eller hun

er i livet, samtidig som at sjelesørgeren har tilstrekkelig kunnskap innen teologi og troserfaring til å kunne åpne opp for nye perspektiver (s. 21).

Nielsen (2016) skriver at et av de sentrale temaene innenfor sjelesorg til eldre mennesker kan være å holde på identiteten deres eller å hjelpe dem gjennom ensomhet (s. 188). Identitet brukes om det unike mennesket og dets kropp, psyke og ånd. Ens identitet er tett knyttet til ens selvbilde, og det handler om hvordan man ser seg selv. Dersom en går gjennom ytre forandringer, kan selvbildet forandres som igjen kan påvirke identiteten. Eldre mennesker kan oppleve både tap og forandringer, og dette kan bidra til at identiteten trues (Nielsen, 2016, s. 198). Da vil ens integritet være avgjørende for hvordan man mestrer slike forandringer. Integritet vil si at en føler seg verdifull og hel som den man er, og aksepterer seg selv og livet sitt slik det har blitt (Nielsen, 2016, s. 200). Når det gjelder ensomhet er det viktig for sjelesørgeren å møte konfidenten der han eller hun er, ikke der sjelesørgeren mener konfidenten bør være. Ved å møte konfidenten med tålmodighet, varsomhet, respekt og ydmykhet, kan det bidra til å bygge opp tillit og trygghet som kan være avgjørende for at konfidenten våger å åpne seg (Nielsen, 2016, s. 196).

### **2.1.3 Empowerment**

Tradisjonelt har diakonalt arbeid blitt forstått som at et menneske med kompetanse og ressurser skal hjelpe mennesker i en eller annen form for nød. Dette kan bidra til en skjev maktbalanse mellom den som gir hjelp og den som mottar hjelp, noe som kan føre til en umyndiggjøring av mottakeren (Haugen, 2018, s. 49). For å motvirke umyndiggjøring av mennesket, kan empowerment være et nyttig verktøy.

Empowerment er et sentralt begrep innenfor diakonien, men det er vanskelig å finne en god oversettelse av begrepet. Ord som mange imidlertid kan bruke for å oversette begrepet er myndiggjøring eller styrking (Jordheim, 2009a, s. 205). The Lutheran World Federation (2009) knytter ordet verdiggjøring til begrepet empowerment, og uttrykker at det handler om å lage diakonale tiltak som styrker menneskets verdighet (s. 46). World Council of Churches skriver at empowerment er selve kjernen i diakonale og rettferdighetssøkende arbeid. Når empowerment blir brukt i arbeid innenfor en kristen ramme blir menneskeverdet og ens iboende gaver og evner løftet frem (gjengitt fra Ham, 2014, s. 111).

Empowerment vil med andre ord si å arbeide for en myndiggjøring eller styrking av menneskets egne evner slik at dets verdighet ivaretas.

Ham (2014) skriver at både empowerment og det diakonale arbeidet er sentrale deler i det å være en kirke, og hevder at når det i Bibelen står at mennesket er skapt i Guds bilde (1. Mos 1,26a), vil det si at mennesket er styrket (*empowered*) med gaver og evner til å kunne utføre Guds vilje. I Matteus-evangeliet står det at Jesus «(...) ga dem makt til å drive ut urene ånder og helbrede all sykdom og plage» (Mat 10,1b, Bibel 2011). Dette viser også at Jesus styrker (*empowers*) disiplene og følgerne hans (s. 110). Ham (2014) hevder at en slik forståelse av begrepet empowerment viser at det er en aktiv prosess som både inspirerer og muliggjør, og som styrker menneskets selvtillit og evner. Empowerment tar utgangspunkt i at mennesket er et fritt vesen som kan ta tilbake og utvikle dets indre styrke. Dette kan bidra til å åpne opp for menneskets potensial, i tillegg til å forsterke evnene og selvtilliten en har (s. 111).

Videre har Ham (2014) utviklet en modell han kaller for *Empowering Diakonia*. Modellen har en dobbel funksjon hvor det diakonale arbeidet står sentralt. På den ene siden fungerer det diakonale arbeidet styrkende for mottakerne. På den andre siden kan handlinger bidra til å styrke og tydeliggjøre det diakonale arbeidet. Modellen består av fem dimensjoner, og i det følgende skal jeg beskrive hver av dem (s. 111-112):

*Visjon* handler om å se en ønskelig fremtid for seg. Visjonen kan være til motivasjon og drivkraft for våre handlinger, samtidig som at ens tro eller de bibelske tekstene kan gi styrke til å opprettholde visjonen.

*Normativitet* tar for seg normer og verdier som vi anser som viktige i livet. Bibelske tekster gir retning for det diakonale arbeidet, og det diakonale arbeidet er ikke et alternativ, men en del av det å være en kirke.

*Behovsorientert* aktiverer oss til diakonale handlinger når vi ser andres behov. Det handler ikke om å gjøre et menneske til objekt for å utøve omsorg, men når man er vitne til forsømmelse av et menneskets behov, vil ens verdier motivere og utfordre til diakonale handlinger.

*Kontekstuel* handler om hvordan diakonale handlinger er påvirket av samfunnet. Det en ser, stimulerer verdiene våre og bidrar til en handling som styrker menneskets verdighet.



*Transformativt* løfter frem en diakonal visjon som styrker en til å se behovene til mennesket og resten av skaperverket, ikke for veldedighet, men for å bidra til empowerment (Ham, 2014, s. 112-114).

#### 2.1.4 Ritualer og symboler

Ritualer er med mennesket gjennom hele livet, fra man blir døpt til ens gravferd. De kan bidra til å skape sammenheng og mening i livet, og uttrykkes gjennom fest og høytidelige sammenkomster, så vel som vanskelige og smertefulle livssituasjoner (Bjørddal, 2001, s. 7-8). Ifølge psykologen Tom Driver kan ritualer deles inn i ulike funksjoner, blant annet at de kan utvikle endring og at de kan bidra til å skape tilhørighet og fellesskap (gjengitt fra Bjørddal, 2001, s. 16). Danbolt & Stifoss-Hanssen (2007) definerer ritual eller nærmere bestemt ritualisering som «symbolsk atferd utført i den hensikt å skape mening» (s. 6). Videre blir begrepet symbol forklart som at det er et tegn som knyttes til en form for verdi eller som på en eller annen måte er meningsbærende (Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2007, s. 41). Symboler kan snakke når ord blir meningsløse og tomme, og kan dermed nå dypere inn i mennesket enn ordets makt. På den måten kan symboler være med og skape forutsigbarhet og trygghet når en befinner seg på et usikkert ståsted i livet (Børresen & Bjønnes, 2001, s. 46). Religiøse symboler, som er aktuelt for min oppgave, kan for eksempel være lys, et kors eller prestekragen til prestene.

I henhold til en betenkning for Kirkemøtet 1999 (*Kirken i møte med den åndelige lengsel i vår tid*), står det at mennesker kan synes det er utfordrende å ordlegge sin religiøsitet, men ved å ta i bruk symboler og ritualer kan det føre til at troen deres likevel får uttrykke seg.

Symboler og ritualer kan dermed ha en lindrende kraft hos mennesker som gjennomgår vanskelige situasjoner eller kriser i livet (Kirkerådet, 1999, s. 41-42). Videre står det:

Ritualer og symboler henvender seg mer til kroppen enn til hodet. Gjennom hørsel, smak, syn, luktesans får kroppen dekket sitt behov for bilder, symboler, farge og stemninger, romfølelse og bevegelse. (...) Det viktigste i vår gudstjenestefeiring er at det skapes et rom hvor mennesket kan være til stede med hele sitt liv. (Kirkerådet, 1999, s. 42)

Kvamme (2020) skriver at det finnes mange eksempler på at musikk kan nå inn til mennesker med demens, til og med mennesker som er så sterkt rammet av denne sykdommen at de har språk- og hukommelsesproblemer. Musikk kan være et nyttig verktøy til kommunikasjon, til å utvikle trivsel og til meningsfull aktivitet. Det er imidlertid viktig å vite at det ikke er all musikk som vil nå inn til alle. Musikken må tilpasses hver enkelt med tanke på forholdet en har til musikken og musikkinteresser (s. 10). Ifølge Rokstad (2008c) er målet med å bruke musikk i demensomsorgen å fremme positive opplevelser, styrke sosial deltakelse, minske uro og stress og vekke minner (s. 163).

## 2.2 Sykepleiefaglig teori

### 2.2.1 Helhetlig omsorg

Som jeg har uttrykt tidligere, viser forskning at de åndelige og eksistensielle behovene fort blir oversett i omsorgen for pasientene og at sykepleiere finner det utfordrende å ivareta disse behovene (Baldacchino, 2015, s. 594; Molzahn & Shields, 2008, s. 25). Som jeg skal utdype nærmere, er åndelig omsorg en del av den helhetlige omsorgen som pasienter både har rett til og trenger å ivareta. På den måten mener jeg dette delkapittelet er et godt supplement til min øvrige teori for å vise hvor viktig det er å ta disse behovene på alvor og på lik linje som de andre grunnleggende behovene et menneske har.

Som sykepleier skal man ivareta hver enkelt pasient sin integritet og verdighet, blant annet ved å gi helhetlig omsorg til pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2019). Brinchmann & Odland (2021) deler den helhetlige omsorgen for mennesket inn i fire ulike dimensjoner, den fysiske, den psykiske, den sosiale og den åndelige, og forklarer at disse dimensjonene påvirker hverandre gjensidig (s. 28-29). Sandvik et al. (2018) skriver for eksempel at det er kjent at når en opplever en eksistensiell krise ved å miste en nær person i livet sitt, kan dette påvirke de ulike dimensjonene. Det kan blant annet manifestere seg som plager som påvirker det fysiske (smerte, tretthet), det psykiske (konsentrasjonsvansker), eller det sosiale (distansering eller relasjonstap) (s. 17).

Brinchmann & Odland (2021) hevder videre at innenfor sykepleie er det normalt å ha et holistisk menneskesyn, som vil si at helheten utgjør mer enn summen av delene (s. 27). En

holistisk tankegang handler om at man ser på hver enkelt del som en komponent i en større helhet, og man kan ikke beskrive et individ kun basert på hvordan hver enkel komponent virker. Innenfor omsorg for mennesker innebærer dette at pasienten må betraktes som noe mer enn bare den fysiske kroppen. Pasienten er en helhet i seg selv med alt fra blant annet kropp, følelser, tanker, sårbarhet, ånd, livssituasjon og ressurser (Brinchmann & Odland, 2021, s. 27).

### **2.2.2 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee: Mellommenneskelige forhold i sykepleie**

I dette delkapittelet skal jeg gjøre rede for det mellommenneskelige aspektet innenfor sykepleien som sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee har utarbeidet. Hennes sykepleieteori var inspirert av erfaringer underveis i utdanningsforløpet hennes. Hun mente at det var mangel på medfølelse (compassion) i relasjonen mellom sykepleieren og den syke (Marriner-Tomey, gjengitt fra Overgaard, 2003, s. 84). Hennes sykepleieteori baserer seg derfor på tillitsfulle og nære forhold mellom sykepleier og den syke (Overgaard, 2003, s. 84). Selv om Travelbee tar utgangspunkt i forholdet mellom sykepleier og pasient, så mener jeg dette er relevant for alle profesjonelle, som for eksempel også sykehjemsprester som jeg har inkludert i min oppgave. Jeg velger imidlertid å bruke begrepene sykepleier og den syke videre i dette delkapittelet da det er disse begrepene Travelbee bruker i sin sykepleieteori.

Travelbee (2001, s. 171-172) har utarbeidet en interaksjonsprosess som tar for seg etableringen av menneske-til-menneske-forholdet mellom sykepleieren og den syke. Menneske-til-menneske-forholdet, som Travelbee kaller det man oppnår på slutten av interaksjonsprosessen, er virkemiddelet som muliggjør det å kunne oppnå sykepleiens hensikt og mål. For å oppnå dette forholdet, må sykepleieren og den syke ha gjennomgått fire ulike faser:

- 1) Det innledende møtet
- 2) Framvekst av identiteter
- 3) Empati
- 4) Sympati og medfølelse

Videre skal jeg kort beskrive hver fase.

**Det innledende møtet:** Her vil både sykepleieren og den syke observere, bygge opp en grunntanke om og danne seg et førsteinntrykk av hverandre. Som regel vil sykepleieren se på den syke kun som en pasient i det første møtet, slik som den syke vil se på sykepleieren kun som en sykepleier. Siden ikke sykepleieren eller den syke kjenner hverandre, vil de bygge på de stereotype forestillingene som de forbinder med henholdsvis pasient og sykepleier. Det er først når sykepleieren mestrer å betrakte pasienten som et unikt individ, og når den syke klarer å svare deretter, at menneske-til-menneske-forholdet deres kan tas med videre inn i neste fase (Travelbee, 2001, s. 186-188).

**Framvekst av identiteter:** I denne fasen ligger fokuset på muligheten til å sette pris på den andre som et unikt menneske, i tillegg til å danne tilknytning til den andre. Her vil sykepleieren og den syke begynne å knytte seg til hverandre og oppfatte hverandre som unike individer og ikke som stereotyper (Travelbee, 2001, s. 188-189).

**Empatifasen:** Empati handler om å kunne gå inn i eller forstå og delta i den andres mentale tilstand på et gitt tidspunkt. Her mestrer mennesket å skjønne omfanget av hva den andre føler og tenker i øyeblikket, som igjen fører til at en mestrer å forutse den andres måte å oppføre seg på (Travelbee, 2001, s. 193). Travelbee (2001) forklarer imidlertid at empatifasen er en nøytral fase som ikke i seg selv skal føre til en handling. Her handler det kun om å forstå plagene som den andre har, hva de kan være forårsaket av, og deretter beregne hvilke handlinger den andre vil foreta seg (s. 202).

**Sympati og medfølelse:** Her har sykepleieren et ønske om å lindre pasientens plager, noe som er mangelfullt i empatifasen. Sykepleieren vil ikke engste seg for å utvise bekymring eller interesse for den andre, på samme tid som hun heller ikke drukner i disse følelsene i den grad at hun ikke er i stand til å kunne handle (Travelbee, 2001, s. 200-202). Sykepleieren i denne fasen må være klar over hvilke handlinger hun kan gjøre, samt inneha de ferdighetene og den fagkunnskapen som det er behov for i sykepleieprosessen (Travelbee, 2001, s. 210).

Når sykepleieren og den syke har gjennomgått de fire foregående fasene, så faser prosessen ut i det som Travelbee kaller *gjensidig forståelse og kontakt*, og det oppnås et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s. 211). Her vil sykepleieren oppriktig føle omsorg og

bry seg om den syke, og deretter klare å omgjøre denne omsorgsevnen til en sykepleiehandling. Gjensidig forståelse og kontakt blir dermed et uttrykk for personligheten og livsfilosofien til sykepleieren (Travelbee, 2001, s. 217 og s. 213).

### 2.2.3 Sykepleieteoretiker Kari Martinsen: Omsorgsfilosofi

Kari Martinsen er en norsk sykepleieteoretiker som har utformet en omsorgsfilosofi. Hun relaterer omsorg til nestekjærlighet, og dermed avstår omsorg fra det egosentriske (Martinsen, 2003, s. 14). Videre peker hun på tre ulike særtrekk ved omsorgsbegrepet, og disse skal jeg gå nærmere inn på.

**Omsorg er et relasjonelt begrep:** Omsorg forteller hvordan vi er avhengige av hverandre. Avhengighet finnes i alle relasjoner mellom mennesker, og det viser følgelig at avhengighet ikke er en motsetning til selvhjulpenhet. I avhengigheten til hverandre ligger også ansvaret for de svake. Alle mennesker kan trenge hjelp eller bli omsorgstrengende i løpet av livet, og man burde handle slik at alle får mulighet til å leve sitt beste liv ut fra sitt utgangspunkt (Martinsen 2003, s. 14-15).

Martinsen (2003) mener at omsorg er en relasjon hvor minst to mennesker er involvert, og som rommer en form for gjensidighet. En type gjensidighet kan være balansert gjensidighet, hvor relasjonen er likestilt og begge parter både får og gir omtanke. I en slik form for gjensidighet har man omsorg for hverandre. En annen type gjensidighet kan være generalisert gjensidighet, som innebærer at man har omsorg for andre uten forventning om å få noe igjen. Å ha omsorg for andre er vesentlig i omsorgsarbeidet, og omsorgsarbeid vil si å gi omsorg til mennesker som ikke er selvhjulpne (s. 71-73).

**Omsorg er et praktisk begrep:** Martinsen (2003) skriver at omsorg handler om delta praktisk i lidelsen til den andre, samtidig som at omsorgen gis ubetinget (s. 15). Videre blir lignelsen om den barmhjertige samaritan løftet frem for å illustrere dette aspektet:

Men en samaritan som var på reise, kom også dit hvor han lå, og da han fikk se ham, fikk han inderlig medfølelse med ham. Han gikk bort til ham, helte olje og vin på sårene hans og forbandt dem. Så løftet han mannen opp på eselet sitt og tok ham med til et herberge og pleiet ham. (Luk 10,33-34)

Her viser lignelsen at samaritanen deltok praktisk i den andres lidelse. Samaritanen stilte seg ikke på utsiden, men deltok aktivt og praktisk i situasjonen. Videre viser lignelsen at samaritanen utviser omsorg uten å forvente noe tilbake. Dette kan med andre ord representere den generaliserte gjensidigheten, som er det mest særegne i omsorgsarbeid (Martinsen, 2003, s. 16).

**Omsorgen har en moralsk side:** Omsorgsmoral vil si å handle ut fra ansvaret for den svake. Alle avhengighetsrelasjoner består av makt, men det trenger ikke nødvendigvis å være negativt. Dersom man anvender makt ved å ha solidaritet med den svake er man moralsk ansvarlig (Martinsen, 2003, s. 17).

Det finnes ulike risikomomenter ved omsorgsmoralen som det er ønskelig å avstå fra. Den første risikoen er at moralen kan være bygget på sentimental omsorg hvor rasjonaliteten er borte og er preget av følelser. Sentimental omsorg er prinsipløs, det å delta praktisk i den andres lidelse blir ikke like viktig og situasjonsforståelsen blir borte (Martinsen, 2003, s. 19-20). Her vil deltakelsen i den andres lidelse avgrense seg til sine egne følelser (Martinsen, 2003, s. 16). Den andre risikoen er formålsrasjonalitetens etikk som er utviklet fra et individualistisk syn på mennesket. Her har omsorgsmoralen blitt for rasjonell og resultatorientert, og følelser utelukkes (Martinsen, 2003, s. 20).

Den ideelle omsorgsmoralen skal være av både emosjonell og rasjonell karakter. Omsorgsmoralen skal være situasjonsorientert, ansvarlig og relasjonell. Den barmhjertige samaritanen kan være et mønstereksempel på et forbilde innen omsorgsmoralen, og det fremstiller en omsorgsmoral som er situasjonsorientert, ansvarlig og relasjonell (Martinsen, 2003, s. 19).

## 3 Metode

### 3.1 Valg av metode

Det er viktig å velge en forskningsmetode som vil gi ønskelige og tilstrekkelige svar til problemstillingen. Kvalitativ forskningsmetode forteller noe om egenskaper eller kvalitet ved fenomenet som forskningen tar for seg. I motsetning til kvantitativ forskningsmetode som fokuserer på telling av fenomener, fokuserer kvalitativ forskningsmetode på å få en dypere forståelse av fenomenet som det forskes på (Johannessen et al., 2016, s. 28). Som jeg har skrevet innledningsvis, har åndelig og eksistensielle behov lenge vært et utfordrende og vanskelig tema blant sykepleiere (Molzahn & Sheilds, 2008, s. 25). Derfor har jeg valgt å ta i bruk en kvalitativ forskningsmetode, slik at jeg kan undersøke hvilke opplevelser og tanker informantene har til disse fenomenene.

Jeg fant fort ut at jeg ønsket å utføre intervjuer for å samle inn data. Intervjuer gir informantene større rom til å uttrykke seg, og muliggjør å kunne skaffe et omfattende og grundig bilde av det som skal undersøkes (Johannessen et al., 2016, s. 145). Videre valgte jeg å utføre intervjuene semistrukturerte. Et semistrukturert intervju, som også kan kalles delvis strukturert intervju, anvender en intervjuguide, men at rekkefølge på temaer og spørsmål kan variere (Johannessen et al., 2016, s. 148). På den måten vil det være mulig å følge med på det informanten forteller, men også forsikre meg om at fenomenene som problemstillingen tar opp blir tilstrekkelig undersøkt (Thagaard, 2018, s. 91). I mine intervjuer brukte jeg en intervjuguide, men la til spørsmål dersom informantene kom inn på interessante perspektiver som jeg ønsket å undersøke nærmere. Jeg valgte også kun å bruke én-til-én-intervjuer av informantene. Siden det var to ulike yrkesgrupper som skulle snakke om samarbeidet dem imellom, tenkte jeg det ville være hensiktsmessig å skille dem for at de kunne snakke åpent og fritt under intervjuet.

### 3.2 Fenomenologi og hermeneutikk

Masteroppgaven min utforsker de åndelige og eksistensielle behovene til pasienter på sykehjem, og ser hvordan mine informanter forklarer disse behovene. Masteroppgaven min studerer dermed hvordan disse behovene blant annet blir synliggjort og ivaretatt i praksis.

Ifølge Thomassen (2006) finnes det to vitenskapsteoretiske perspektiver som kan egne seg i praksisnær vitenskap: Hermeneutikk og fenomenologi (s. 169).

I en fenomenologisk studie ønsker forskeren å undersøke hvordan enkeltmennesket erfarer og opplever verdenen fra sitt eget perspektiv. Når man tar i bruk fenomenologi som en metode, forsøker man å se på fenomenet uten å knytte fenomenet til noen antakelser, erfaringer eller forforståelse som man kan ha tilegnet seg. Man forsøker altså å undersøke fenomenet slik det kommer til syne for den enkelte (Thomassen, 2006, s. 83-84). I oppgaven min har jeg utforsket mine informanternes forståelse av fenomenene åndelige og eksistensielle behov, og videre gått dypere inn i informantenes egne tanker og opplevelser fra deres erfaringsverden omkring fenomenet.

Jeg har også tatt i bruk en hermeneutisk tilnærming når jeg har behandlet datamaterialet mitt. Som sykepleier og diakonstudent har jeg allerede utviklet mine egne oppfatninger og egen forforståelse både for hva åndelige og eksistensielle behov innebærer, og hva disse behovene vil ha å si for pasienter på sykehjem. På den måten vil jeg, bevisst eller ubevisst, fortolke datamaterialet i lys mine egne erfaringer og egen forforståelse av temaet. En slik fortolkning av tekster er det Gadamer kaller for hermeneutikk, som vil si å fortolke eller tolke (Thomassen, 2006, s. 157). Gadamer hevder imidlertid at årsaken til at vi kan tilegne oss kunnskap, er grunnet den forståelsen en allerede har, den såkalte fordommen eller forforståelsen. Med utgangspunkt i en slik fordom eller forforståelse, vil det gjøre det mulig å tilegne seg ny forståelse og mening til det man tilegner seg av erfaringer i verdenen (Thomassen, 2006, s. 86). Det er nettopp disse fordommene som gjør at forståelsesprosessen kan igangsettes, man kan justere på sine fordommer, og man kan tilegne seg ny kunnskap. Det som er avgjørende i hermeneutiske studier er å være seg bevisst og reflektere over sine fordommer, forforståelse og forkunnskaper som man tar med seg inn i studiet (Thomassen, 2006, s. 171).

### **3.3 Informanter og utvalg**

Til oppgaven min ønsket jeg å intervju sykepleiere og prester som er knyttet til samme sykehjem og pasientgruppe for å undersøke det totale tilbudet av åndelig og eksistensiell



omsorg til sykehjemspasientene. I tillegg ønsket jeg å finne informanter som jobbet enten på kommunale sykehjem eller sykehjem drevet av diakonale stiftelser. Jeg ønsket å undersøke om det er knyttet en forskjell i bevissthet rundt åndelige og eksistensielle behov på de ulike institusjonene.

Fremgangsmåten min for å finne informanter var ved å bruke en kriteriebasert utvelgelse. I en kriteriebasert utvelgelse vil informantene velges dersom de tilfredsstillte visse kriterier (Johannessen et al., 2016, s. 120). Mine kriterier var at sykehjemsprestene og sykepleierne som jeg ønsket å intervju, skulle ha ansvaret for samme pasientgruppe. Det måtte derfor være en sykehjemsprest tilknyttet sykehjemmet som sykepleierne jobbet på. En del av informantene måtte jobbe på kommunale sykehjem, mens den andre delen måtte jobbe på diakonale sykehjem. Jeg ønsket også å finne sykepleiere som både jobbet på somatiske avdelinger og demensavdelinger.

Totalt fikk jeg seks informanter. To sykehjemsprester og fire sykepleiere. Av sykepleierne var én avdelingssykepleier og tre fagansvarlige sykepleiere. Tre sykepleiere jobbet på somatiske avdelinger, mens én sykepleier jobbet på demensavdeling. Det var en sykehjemsprest og to sykepleiere som jobbet på et kommunalt sykehjem, og likeledes var det én sykehjemsprest og to sykepleieren som jobbet på et diakonalt sykehjem. Alle informantene mine var kvinnelige.

Jeg hadde på forhånd sendt inn en søknad for prosjektet mitt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) som jeg fikk godkjent før jeg begynte intervjuene. Videre utformet jeg et informasjonsskriv som jeg sendte ut til informantene noen dager i forkant, og jeg gjorde dem oppmerksomme på deres rettigheter i intervjusituasjonen. I informasjonsskrivet står det feil antall sykehjem fordi jeg på det tidspunktet som jeg sendte ut disse skriven hadde håpet å få tilgang til flere sykehjem. Før intervjuet startet, måtte de også signere et samtykkeerklæringsskjema hvor de samtykket til å delta på intervjuet og til at det ble tatt notater og lydopptak under intervjuet.

Videre skal jeg forklare fremgangsmåten for hvordan jeg fant informantene mine, samt erfaringen jeg sitter igjen med av rekrutteringen av informanter.

### 3.3.1 Utvalg av informanter på kommunale sykehjem

Siden oppgaven min skulle inkludere prest og sykepleiere med ansvar for samme pasientgruppe, tenkte jeg det ville være praktisk å få samtykke fra sykehjemspresten først før jeg fant sykepleierinformanter da det er flere sykepleiere å velge mellom og dermed lettere å finne informanter. For å finne sykehjemsprest tilknyttet kommunale sykehjem, fant jeg en oversikt på nettet over sykehjemsprester lokalisert til et område på Østlandet. Her stod det også hvilke sykehjem de hadde ansvaret for. For å finne sykehjemsprester tilknyttet diakonale sykehjem, gikk jeg inn på hjemmesiden til en kommune lokalisert på Østlandet og fant oversikt over sykehjemmene i kommunen. På hjemmesiden til de ulike sykehjemmene kunne jeg se om de var diakonalt driftet.

Da jeg hadde fått samtykke fra sykehjemsprestene gikk jeg i gang med å finne sykepleierinformanter. Da kontaktet jeg institusjonslederne på sykehjemmene prestene hadde ansvar for, slik at jeg kunne få samtykke til å intervju et par av deres sykepleiere, helst en sykepleier som jobbet på somatisk avdeling og en på demensavdeling.

### 3.3.2 Erfaring av utvelgelsen av informanter

Selve prosessen med å finne utvalget av informanter har vært en vanskelig og utfordrende prosess, og jeg ble overrasket over hvor krevende det var å rekruttere informanter. For det første viste det seg blant annet at sykehjemsprester som var oppført både på kommunale og diakonale sykehjem ikke lenger jobbet ved sykehjemmene. For det andre stod sykehjemmene i hektiske hverdager blant annet forårsaket av COVID-19-pandemien, og det førte til at rekruttering av sykepleierinformanter til min oppgave ikke ble prioritert i deres arbeidshverdag. Jeg sendte flere e-poster og ringte til institusjonslederne for oppdatering, og etter hvert sendte jeg også e-post til kvalitetssjefen eller avdelingsledere ved sykehjemmene fordi jeg enten ikke fikk svar fra institusjonsleder eller for å øke sjansen til å finne sykepleierinformanter. Svarene jeg fikk fra sykehjemmene var ofte at arbeidshverdagen deres var så travel at de ikke hadde hatt tid til å finne noen sykepleiere, eller at de foreløpig ikke hadde funnet noen sykepleiere. I ett tilfelle hadde jeg både prøvd å sende mail og ringe til sykehjemmets institusjonsleder uten å få noe svar. Jeg sendte deretter mail til kvalitetssjefen på sykehjemmet og fikk til svar at de var fullt klare over henvendelsen min,

men grunnet endrede oppgaver tilknyttet pandemien så verken kunne de prioritere eller ha kapasitet til å finne noen sykepleierinformanter til oppgaven min.

Jeg opplevde også utfordringer tilknyttet rekrutteringen av sykepleierinformanter. Jeg hadde for eksempel kontakt med en sykepleier som virket innstilt på å være med, og sendte henne informasjonsskrivet på mail. Da jeg skulle kontakte henne igjen noen dager senere for å sette tidspunkt for intervju, svarte vedkommende meg aldri på melding eller anrop, så jeg fikk ikke brukt henne i oppgaven min. I et annet tilfelle hadde jeg også kontakt med en sykepleierinformant som jeg hadde fått vite ønsket å stille til intervju. Likevel, etter noen mailer frem og tilbake, fikk jeg til slutt vite at vedkommende ikke ønsket å stille til intervju likevel. Jeg brukte derfor mye lenger tid enn jeg i utgangspunktet hadde sett for meg på rekruttering av informanter.

### **3.4 Intervjusituasjonen**

#### **3.4.1 Intervjuguide**

Intervjuguiden måtte utarbeides i forkant av intervjuene. En intervjuguide er en oversikt over hvilke temaer intervjuet skal inneholde, samt overordnede spørsmål som skal brukes (Johannessen et al., 2016, s. 149). Da jeg skulle lage en intervjuguide fant jeg først ut hvilke temaer jeg ønsket å ta med, for deretter å formulere spørsmål innenfor hvert tema som ville bidra til å svare på problemstillingen og underspørsmålene.

For meg var det viktig at jeg ikke la inn noen føringer i spørsmålene, men at spørsmålene var så åpne som mulig for å fange opp informantens egne tanker og erfaringer. Ifølge Thagaard (2018) vil åpne spørsmål fange opp informantens egne erfaringer og tanker. Ledende spørsmål, derimot, kan føre til at intervjuet blir ført i en retning der det dannes en forventning om hva informantene skal svare (s. 97). Siden jeg jobber på sykehjem, kunne min forforståelse av åndelige og eksistensielle behov, samt erfaringer med prestetjenesten på sykehjem farge spørsmålene, som igjen ville ha gitt en føring for svarene. Derfor brukte jeg tid på å formulere gode og åpne spørsmål.

### 3.4.2 Forberedelser til intervju

For å gjøre meg tryggere som intervjuer og for å sjekke om spørsmålene var tydelige og ville gi tilfredsstillende svar for oppgaven min, valgte jeg å utføre et pilotintervju. Pilotintervjuet ble utført på en sykepleier som ikke var blant informantene til oppgaven, men som likevel hadde den faglige kompetansen og yrkeserfaring til å kunne avgi tilstrekkelige svar. Det ble en nyttig erfaring, og jeg fant blant annet ut at jeg hadde et par spørsmål som var så like at det bare var nødvendig å beholde én av dem, samt at jeg måtte endre ordlyden på spørsmål som jeg hadde formulert vanskelig.

Pilotintervjuet gjorde meg også bevisst på min rolle som intervjuer. Kvale & Brinkmann (2015) beskriver ulike posisjoner som intervjueren kan ta, blant annet opinionundersøkeren. Opinionundersøkeren søker å finne informantens holdninger og meninger, og disse blir behandlet som fakta uten at informanten blir utfordret ytterligere (s. 119-120). Jeg merket at min intervjuerposisjon var opinionundersøkeren. Ettersom at jeg visste dette kunne være et utfordrende tema å snakke om for mange av informantene, tenkte jeg at jeg ikke skulle utfordre informantene mer enn nødvendig, og heller få taket på de erfaringene og synspunktene som de ville ha. Kvale & Brinkmann (2015) skriver at det ikke er noe galt i hvilken intervjuposisjon du velger å ta, men at de kan gi forskjellige utgangspunkt for å utvikle kunnskap og mening (s. 122).

Da jeg fikk inn sykepleierinformantene, forstod jeg at samtlige hadde en høyere stilling enn en vanlig sykepleier på avdelingen, noe som fikk meg til å inkludere et spørsmål om deres ansvarsrolle tilknyttet ivaretagelsen av de åndelige og eksistensielle behovene.

### 3.4.3 Intervjusituasjonen

Jeg utførte intervjuene så snart som mulig ettersom jeg fikk tak i informantene, men siden det tok tid å finne nok informanter, tok det over seks uker fra første til siste intervju.

Thagaard (2018) presiserer viktigheten med å skape en trygg og god atmosfære i selve intervjusituasjonen (s. 105). Jeg valgte å utføre intervjuene på informantenes sykehjem, både fordi dette kunne være praktisk og lettest for informantene, men også for å møte informantene der hvor de var godt kjente. Før jeg startet lydopptaket, takket jeg for at de ville stille til intervju, og presenterte meg selv og prosjektet mitt. I tillegg informerte jeg om

at jeg skulle ta notater underveis. Jeg var også tydelig på da jeg satte på og av lydopptakeren for å gjøre informanten oppmerksom på når selve intervjuet startet og avsluttet.

En utfordring jeg merket meg var å bruke munnbind under intervjuene. I halvparten av intervjuene jeg utførte, brukte vi munnbind etter informantenes ønske. Dette førte til at jeg ikke kunne vise i like stor grad med mimikk og ansiktspråk at jeg støttet og oppmuntret informantene i deres fortellinger. I tillegg kjente jeg på at det tidvis var vanskeligere å transkribere disse intervjuene da talen var mer utydelig på grunn av bruken av munnbind.

Jeg avsluttet intervjuene med å spørre om det var noe mer de ønsket å legge til som ikke var kommet frem på intervjuet. På den måten ville de få mulighet til å komme med historier eller synspunkter som intervju spørsmålene ikke hadde rommet, eller som de hadde kommet på underveis i intervjuet som de ønsket å dele. Jeg spurte også om det var mulig å kontakte dem igjen dersom det skulle være aktuelt, og det hadde ingen av informantene noe imot.

### 3.5 Personvern, datahåndtering og forskningsetikk

Siden jeg har utført intervjuer i forskningsprosjektet mitt, har jeg skaffet meg informasjon som direkte kan knyttes til informantene i prosjektet mitt. Da vil det være viktig å behandle denne informasjonen riktig. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH, 2021) jobber for å stimulere til forsvarlig forskningsprosjekter og motvirke uredelighet innenfor vitenskapen (s. 39). NESH (2021) har utarbeidet noen retningslinjer som viser hvilket ansvar som ligger hos både forskeren, forskningsinstitusjonen og eventuelle andre forskningsaktører. Disse retningslinjene burde følge forskningsprosjektet som en rød tråd, helt fra begynnelsen til prosjektet er avsluttet. Retningslinjene tar blant annet for seg *forskerfelleskapet*, og det handler om at forskerne skal handle oppriktig, de skal respektere hverandre og de skal respektere bidragene til hverandre som utgis i ulike publikasjoner og prosjekter. Retningslinjene beskriver også viktigheten med å ta *hensyn til personer*, og det fordrer å ivareta menneskeverdet og sørge for menneskets autoritet og frihet. En annen del retningslinjene tar opp er hvordan alle forskere er pliktige til å videreformidle erfaringer, holdninger og funn fra sine og andres forskning til resten av samfunnet (s. 9).

Jeg har utført en rekke tiltak for å ivareta personvernet. Til oppgaven min har det ikke vært nødvendig med noen personopplysninger i prosjektet annet enn da jeg kontaktet sykehjemsprestene og sykepleierne for å avtale møter for intervjuer. Disse personopplysningene (navn, mailadresse og arbeidssted) har blitt oppbevart på en mail som er beskyttet med brukernavn og passord. Alle informantene har i forkant av intervjuet fått tilsendt et informasjonsskriv om prosjektet og synliggjøring om at jeg har anonymisert dem ved at jeg ikke har knyttet navn og annen personlig identitet til dem. I informasjonsskrivet stod det blant annet at informantene til enhver tid har hatt mulighet til å trekke seg uten å oppgi noen grunn, og at alle deres personopplysninger da vil bli slettet. De ble blitt informert om at det ikke vil ha noen negative konsekvenser hvis de ikke vil delta i prosjektet mitt eller senere ville velge å trekke seg. Dersom informanten valgte å trekke samtykket tilbake, ga det umiddelbar virkning. Informantene som ønsket å stille til intervju, måtte også signere en samtykkeerklæring i forkant av intervjuene.

Intervjuene ble tatt opp på en ekstern opptaker som jeg fikk låne fra VID Vitenskapelige Høgskole. Navnet og kontaktopplysningene til informantene har jeg erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Jeg valgte å ha ett vilkårlig symbol for hvert av sykehjemmene, og presteinformanten fikk koden P, mens sykepleierne ble S1 og S2. Det kommunale sykehjemmet ble BLOMST, mens det diakonale sykehjemmet ble HJERTE. En tabell med oversikt over mine informanter med deres koder, ser dermed slik ut:

BLOMST	BLOMST-P
	BLOMST-S1
	BLOMST-S2
HJERTE	HJERTE-P
	HJERTE-S1
	HJERTE-S2

*Tabell 1: Oversikt over mine informanter og deres koder.*

Disse kodenøkne brukte jeg også på notatene som jeg tok underveis i intervjuene, som navn på dokumentene jeg transkriberte og lydopptakene, og under transkriberingen dersom informantene nevnte sitt eget navn, hverandres navn eller sykehjemmets navn i intervjuene.

Jeg har kun laget én oversikt for meg selv med navneliste over informantene som jeg har lagret atskilt fra øvrige data. På den måten skal det ikke være mulig å identifisere informantene mine.

Jeg forsøkte å transkribere intervjuene innen de nærmeste dagene etter at de var gjennomførte mens de lå friskt i minnet. Jeg valgte å omsette alle intervjuene til bokmål selv om informantene hadde dialekter. Noen av informantene mine hadde et annet morsmål enn norsk, som gjorde at de snakket litt grammatisk ukorrekt. Disse sitatene valgte jeg å omformulere, slik at det ble bedre flyt i språket for lesingens del. Jeg opplevde at disse omformuleringene ikke var så store at det var fare for en annen fortolkning. I tillegg vil omsettingen og omformuleringene bidra til å anonymisere informantene for at det på den måten ikke skal bli mulig å gjenkjenne dem. Ved prosjektslutt ble lydopptakene slettet, og jeg makulerte den kodede navnelisten og notatene som ble tatt under intervjuet.

### **3.6 Studiens kvalitet**

Det er viktig å vurdere troverdigheten og kvaliteten på oppgaven man utfører. Her er validitet, reliabilitet og overførbarhet tre sentrale begreper som anvendes for å undersøke studiens kvalitet (Thagaard, 2018, s. 200). I dette delkapittelet skal jeg forklare og vurdere disse begrepene inn i min oppgave.

#### **3.6.1 Validitet**

Validitet ser på forskningsresultatene gyldighet, og hvordan disse resultatene tolkes (Thagaard, 2018, s. 181). Kvale & Brinkmann (2015) forteller videre at validitet i samfunnsvitenskapelig kontekst vurderer om metoden man har brukt i forskningen fungerer til å undersøke det som den er ment å undersøke (s. 276). Jeg valgte å intervju sykepleiere og sykehjemsprester som begge har ansvar for å følge opp pasientenes åndelige og eksistensielle behov, og mener derfor at jeg har fått relevante funn på bakgrunn av det informantene mine har svart. Jeg har valgt å ta i bruk kvalitativ metode i form av semistrukturerte intervjuer. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) er det kvalitative forskningsintervjuet en relevant metode å ta i bruk når det gjelder å utforske fenomener (s. 45). Siden forskningsprosjektet mitt går ut på å undersøke hvordan hver enkelt informant

forstår og opplever fenomenene åndelige og eksistensielle behov, anser jeg derfor kvalitativ metode som relevant for min oppgave. I kvantitativ metodeform derimot, hvor man som regel tar i bruk spørreskjema (Johannessen et al., 2016, s. 259), ville jeg ikke fått muligheten til å trå inn i informantenes forståelsesverden av fenomenene.

Jeg mener også at semistrukturerte intervjuer gir bedre validitet på oppgaven enn ustrukturerte eller strukturerte intervjuer. I semistrukturerte intervjuer er jeg ikke like bundet til kun å stille planlagte spørsmål, som ved strukturerte intervjuer. Dette kan åpne for at jeg kan stille flere spørsmål for å gå inn i dybden av et interessant tema som informanten tar opp. I tillegg kan jeg være sikker på at jeg får tatt opp alle temaer og spørsmål som er viktige for å svare på problemstillingen siden jeg har en intervjuguide som jeg forholder meg til. Dette er jo ikke tilfellet ved ustrukturerte intervjuer, som ikke har noen intervjuguide.

### **3.6.2 Reliabilitet**

Reliabilitet handler om påliteligheten til forskningsresultatene, og den vurderer om en annen forsker hadde fått de samme forskningsresultatene på et annet tidspunkt dersom samme metode ble brukt (Thagaard, 2018, s. 187). Det handler altså om en studies evne til å kunne bli reprodusert. Her kan det være gunstig å ta et kritisk blikk på meg som forsker. Kan jeg med min sykepleierbakgrunn ha spilt en rolle for – eller rettere sagt bidratt til å påvirke – funnene i forskningen? Med min yrkeserfaring fra ulike sykehjem, kan min forforståelse av fenomenene bidra til å påvirke flere ledd i prosessen, noe som jeg også har beskrevet i kapittel 3.2. Thagaard (2018) beskriver både fordeler og ulemper ved å ha erfaringer fra miljøet en forsker på. Fordelene kan være at forskeren kan forstå informantenes situasjon på bakgrunn av egne erfaringer, og erfaringene kan være med på å bekrefte forståelsen som forskeren utvikler. En ulempe kan være at forskeren kan overse nyanser som ikke samsvarer med ens egne erfaringer (s. 190).

For ikke å påvirke informantenes svar gjennom intervjuene, åpnet jeg derfor intervjuet med å spørre hvordan informantene forstod åndelige og eksistensielle behov. På den måten kunne informantene forme sin egen forståelse og forklaring av begrepene før vi fortsatte. Videre forsøkte jeg å ikke ha noen ledende spørsmål, men heller formulere spørsmålene fra



et «nedenfra-perspektiv» så informantene kunne svare ut fra deres erfaringsverden uten at jeg hadde lagt føringer for hva jeg ønsket at de skulle svare.

En styrke for min studie er at jeg gjennomførte et pilotintervju i forkant av mine forskningsintervju. Dette er med på å kvalitetssikre både meg som intervjuer og av spørsmålene i intervjuguiden min. Dersom jeg ikke hadde gjort pilotintervjuet i forkant, hadde jeg ikke hatt mulighet til å gjøre nødvendige justeringer. Det gjør studien min mer troverdig og pålitelig, altså reliabel.

### 3.6.3 Overførbarhet

Overførbarhet handler om å undersøke hvordan funnene i én forskning kan være overførbare og relevante til en større kontekst (Thagaard, 2018, s. 200). Utvalget til den enkelte studie er vesentlig når det gjelder å se på studiens overførbarhet (Thagaard, s. 195). En svakhet med studien min er at jeg har et lite utvalg. Jeg har kun representanter fra to ulike sykehjem, med tre informanter fra hvert sykehjem (én prest og to sykepleiere). Dette vil være for få til å kunne trekke generelle konklusjoner. Informantene jeg har valgt er imidlertid relevante, og jeg anser dem som gyldige og pålitelige. Oppgaven min vil dermed kunne representere noe, men ikke alt.

## 3.7 Analyse og funn i datamaterialet

For å utføre analyse av datamaterialet mitt, valgte jeg å bruke deler av en prosess som kalles systematisk tekstanalyse. Dette er en oversiktlig og strukturert metode som forklarer hvordan man stegvis kan gjennomføre analyseprosessen (Malterud, 2017, s. 97). I første fase gjelder det å danne seg et *helhetsinntrykk* og finne sentrale temaer i datamaterialet sitt. I neste fase skal man plukke ut relevante tekstdeler fra materialet, *de meningsbærende enhetene*, som svarer på problemstillingen og temaene man har valgt (kodegruppene), og sorterer dem innunder temaene. I tredje fase lager man subgrupper som fremstiller ulike sider ved kodegruppen og lager et *kondensat* til hver av subgruppene. Det vil si et kunstig sitat som presenterer innholdet i de meningsbærende enhetene til subgruppen. I den siste fasen, *syntese*, skal alle tekstdelene fra forrige fase settes sammen. Samtidig som at

sammenfatningen være tro mot deltakernes stemmer, skal også forskeren ta ansvar for sin fortolkende rolle (Malterud, 2017, s. 99-110).

Da jeg gikk i gang med analysen, leste jeg gjennom materialet flere ganger for å trenge dypere ned i materialet. Fangen (2010) hevder at når man gjennomgår teksten flere ganger, gir det større muligheter for å se nye mønstre i materialet (s. 112). Da fant jeg temaer som jeg mente var sentrale for teksten, som deretter ble utformet til kodegrupper. Videre trakk jeg ut alle deler av teksten som jeg mente var aktuelle for problemstillingen og relevante for kodegruppene mine (de meningsbærende enhetene), og sorterte dem innenfor hver av de ulike kodegruppene. Jeg lagde maks tre subgrupper til hver kodegruppe, og utformet en sammenhengende tekst til hver subgruppe basert på deres meningsbærende enheter. Jeg passet på å forme teksten så nær måten informantene uttrykte seg i intervjuene, for å representere dem så reelt som mulig. I tillegg valgte jeg å inkludere flere direkte sitater da jeg syntes dette gjorde teksten mer levende og nær informantene. Til slutt så jeg gjennom den sammenhengende teksten og satte et mer analytisk preg på teksten som formidlet ulike sider ved problemstillingen min.

### **3.8 Metodekritikk**

#### **3.8.1 Kritikk til bruk av kvalitativ metode**

Det knytter seg noen utfordringer til det å bruke en kvalitativ metode. En av utfordringene er at det er mulig å tolke resultatene forskjellig i en kvalitativ metode, og at det dermed ikke er én riktig måte å tolke på. De ulike intervjusituasjonene kan frembringe ulike svar, og menneskelige møter kan ikke reproduseres helt likt. Jeg opplevde at det var noen av informantene som hadde mye de ønsket å fortelle, mens det var andre som var kortere i svarene. Dette førte til at det var nesten 25 minutters forskjell i varighet på det korteste og det lengste intervjuet.

En annen utfordring er at det kan være vanskelig å si noe om reliabiliteten siden jeg ikke får målbare funn som i kvantitative metoder, men heller et innblikk i informantenes personlige tanker og erfaringer. Informantene mine hadde også meldt seg frivillige til å delta i studien min, noe som kan påvirke reliabiliteten for forskningen. Det kan bety at informantene var

spesielt interesserte i eller hadde en egen tilknytning til temaet. Når jeg i tillegg hadde få informanter i studien min, kan det dermed føre til at den ikke får frem den generelle eller gjennomsnittlige forståelsen av fenomenene blant sykepleiere og prester.

### **3.8.2 Kritikk til og refleksjoner rundt rekruttering av informanter**

Jeg opplevde, som beskrevet i kapittel 3.3.2, at det var svært vanskelig og ikke minst tidkrevende å rekruttere informanter til masteroppgaven min. Rekruttering av presteinformanter var langt fra like utfordrende som rekruttering av sykepleierinformanter, og jeg har prøvd å reflektere over mulige årsaker til dette. Kan det ha vært vanskelig fordi sykepleiere synes dette er et vanskelig tema og dermed kviet seg for å bli intervjuet? Sykehjemsprestene var engasjerte og syntes det var spennende temaer å snakke om, men som forskning viser, er ikke sykepleiere nødvendigvis like trygge på dette feltet og kan synes det er vanskelig å tilnærme seg de åndelige og eksistensielle behovene hos pasientene (Baldacchino, 2015, s. 594; Molzahn & Sheilds, 2008, s. 25). En av sykepleierinformantene fortalte at hun ønsket intervjuet lenger frem i tid slik at hun rakk å lese seg opp på temaet. Jeg fortalte henne at hun ikke trengte å forberede seg, men at jeg kun ønsket hennes tanker og erfaringer til temaet. I tillegg var jeg bevisst på å være vennlig og ydmyk i min tilnærming til alle informantene under intervjuene, nettopp for å tilrettelegge for en så trygg og god intervjusituasjon som mulig. Likevel kan disse bidra til å bygge opp under hypotesen om at sykepleiere kan synes at åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem er vanskelig å prate om.

I ettertid har jeg også skjønt at det kunne ha vært lurt å ta mer telefonisk kontakt med både institusjonsledere og informantene da dette ville gi raskere svar enn å måtte vente flere dager på svar etter å ha sendt e-post. Ellers vet jeg ikke hvordan jeg lettere kunne ha funnet sykepleierinformanter siden utvalget mitt skulle være kriteriebasert, og dermed måtte jeg sørge for at en sykehjemsprest både var tilknyttet institusjonen og ønsket å stille til intervju. Siden det som regel kun finnes én sykehjemsprest på hvert sykehjem, ville det ha blitt mer sårbart dersom sykehjemspresten hadde trukket seg fra prosjektet enn om én sykepleier hadde trukket seg.

## 4.0 Funn

### 4.1 Forståelse av åndelige og eksistensielle behov

Blant de første spørsmålene jeg stilte i intervjuet var hvordan informantene ville forklare åndelige og eksistensielle behov. Som jeg allerede har belyst tidligere, så finnes det ulik teoretisk forståelse av begrepene, og det er dermed både viktig, nyttig og interessant å se hva informantene legger i begrepene åndelige og eksistensielle behov.

De fleste av informantene hadde likevel en samsvarende forståelse av at åndelige behov ikke bare dekker det religiøse aspektet, men at det også dreier seg om å være en støtte for pasientene sine og om deres verdier og det som betyr noe i deres hverdag. En av informantene forklarte begrepet slik: «Nødvendigvis ikke at det er den troen i seg selv. (...) Og så å kunne støtte pasientene våre, å kunne lytte, å kunne vise at vi er til stede» (BLOMST-S1). Det kunne handle om personer som har en form for tro, men også om personer som ikke har en tro og deres behov for noe annet, som en av informantene påpekte. Tre av sykepleierinformantene beskrev åndelige behov som når et menneske trenger å få ivaretatt et behov som blant annet er noe mer enn bare pleie, ernæring og det medisinske. En av sykepleierinformantene la vekt på at pleiere kan ha ulik forståelse av åndelige behov, som ville føre til at man kanskje gir åndelig omsorg uten å være bevisst på at man gir det.

Og jeg har mistet alt, jeg har mistet hjem, jeg har mistet familien, jeg har mistet banken, jeg har mistet... Det er tap og sorg. Og når vi er der og kan være støttende i samtale- være den støttende i samtalen med å bare lytte. Det er allerede eksistensielle og åndelige behov da, som vi gir til pasientene våre uten at vi er bevisste på at vi gjør det. Uten at vi har definert at det er denne omsorgen som vi gir. (BLOMST-S1)

Begge presteinformantene tenkte vidt om åndelige behov, og den ene beskrev åndelige behov slik:

Altså ånd som betyr pust, det vi trenger for å leve. Ja, hvis man skal si det allment, så vil jeg si kunst, kultur, natur og religion. Det er alt som berører oss, vi er et åndsverk, er jo en dikters verk, ikke sant? (HJERTE-P)

Det var imidlertid kun én sykepleieinformant som forklarte at åndelige behov først og fremst har med Gud og tro å gjøre: «Hvordan de tenker og føler, hvordan de opplever... ja, Gud og tro, ikke sant» (BLOMST-S2).

Når det kommer til eksistensielle behov, fortalte de fleste informantene at det har å gjøre med det å leve og eksistere. Det har å gjøre med det grunnleggende som gir mening og verdi i livet.

Noen av informantene var også tydelige på å se på de åndelige og eksistensielle behovene som en del av en helhet, altså det å være et helt menneske, hvor fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov er flettet inn i hverandre. En av informantene beskrev åndelige og eksistensielle behov som en bit av en kake, og at hele kaken er et tegn på den helhetlige omsorgen som hver pasient har behov for.

Informantene fortalte at de har erfaringer med pasienter med ulike trosretninger, og at det har bodd pasienter på sykehjemmene som blant annet har vært kristne, muslimer eller hinduer. Selv om det kom frem at de fleste pasientene nå for tiden er kristne, ble det også nevnt at det med tiden kan komme pasienter med utenlandsk bakgrunn som har andre religioner og livssyn. En informant uttrykte at «de ansatte er et stort mangfold, men pasientene er ikke så mangfoldige enda. Men det kommer jo, etter hvert» (BLOMST-P). Flere informanter nevnte muligheten for å kontakte andre trossamfunn for å hente inn noen som kan møte de som uttrykker behov for en annen religiøs kompetanse, noe som var sentralt for den likeverdige helsetjenesten. Halvparten av informantene (både preste- og sykepleierinformanter) hadde erfaringer med å kontakte andre trossamfunn. Noen av informantene understrekte viktigheten av å huske på at det finnes mange retninger innenfor kristendommen også, deriblant mennesker med bakgrunn fra for eksempel Frelsesarmeen, frikirken eller statskirken:

Det er så viktig når man snakker om den religiøse biten (...) Er det en religion som man praktiserer med ritualer, bønn og bibellesing hver eneste dag eller kirkegang hver søndag, eller har man gått på konserter og julaften og ber sin Fadervår?  
(HJERTE-P)

Ulik praksis innenfor andre trosretninger enn kristendommen ble også løftet frem, og en informant fortalte at hun hadde hatt erfaring med en muslim som ikke hadde hatt behov for praktisering av ritualene som religionen utøvde.

#### 4.2 Kartlegging av pasientenes åndelige og eksistensielle behov

Av sykepleierinformantene var alle samstemte om at det gjelder å samtale med pasientene og bli kjent med dem for å kartlegge pasientenes åndelige og eksistensielle behov.

Presteinformantene nevnte at de åndelige og eksistensielle behovene kommer frem i samtale med pasientene, men at de også kan bli henvist fra pleierne dersom pleierne mener at pasienten trenger å snakke med en prest. På tiltaksplanen til den enkelte pasient i Geric, dokumentasjonssystemet som sykehjemmet bruker, fortalte prestene at de kan gå inn og lese det pleierne skriver. Likevel nevnte begge prestene at kartleggingen fra pleierne kunne være noe mangelfull og at de til tider må mase litt på de dem.

De er flinke nok når det er veldig konkret. Når folk er muslim eller når folk er eksplisitt kristen. (...) Men jeg tror ikke de er flinke til å tenke hvilke andre åndelige og eksistensielle behov folk kan ha i hverdagen, eller som kan bety mye for folk da.

(BLOMST-P)

Den samme presteinformanten fortalte at hun også har blitt kontaktet direkte av pårørende som forteller at de ønsker en prest til å prate med moren deres. Siden prestene har kontaktadresse på sykehjemmets nettsider, muliggjør det også for blant andre pårørende å kontakte presten dersom de ønsker det.

Et sentralt synspunkt som dukket opp i flere av intervjuene var at de åndelige og eksistensielle behovene er forskjellige fra person til person. Det å gi personsentrert omsorg handler om å bli kjent med hver pasient, finne den enkeltes individuelle behov, og igjen akseptere de forskjelliges behov og ønsker.

Det er vel noe av det viktigste når man jobber med mennesker, at man skal akseptere det de forskjellige ønsker. For det skrives og sies så veldig mye om at alle skal. (...) Men alle skal ikke ut, og alle skal ikke på andakt, og alle skal ikke spise alle måltidene i

stuen. Det er så mye man skal få lov til. Den valgfriheten da, til å leve det livet man ønsker. (HJERTE-S1)

Informanten som fortalte dette, uttrykte videre at det skrives og sies mye om hva alle pasienter skal, for eksempel at alle pasienter skal spise måltidene i stuen eller at man skal forvente at alle pasienter skal være sosiale. Men hvis en pasient for eksempel aldri har vært et sosialt menneske og trives inne på rommet sitt, så kan en ikke forvente at vedkommende plutselig skal være sosial når de kommer på sykehjem bare fordi det er det som forventes av dem.

En av sykepleierinformantene beskrev også fordelene med å jobbe på et sykehjem hvor pasientene har fast plass og at man dermed blir ordentlig kjent med dem. Videre påpekte hun at det er sentralt å kartlegge de åndelige og eksistensielle behovene mens pasientene er oppegående og selv kan svare mens de fortsatt har språket intakt. Dette stemte overens med det flere av de andre informantene uttrykte, og en sykepleierinformant fortalte at det var viktig at det allerede fra pasientens ankomst til sykehjemmet var en avklaring på dette området i innkomstsamtalen. Ellers uttrykte noen av informantene at de kunne innhente informasjon fra pårørende også, selv om det ideelle er å høre det fra pasienten selv.

En av informantene understrekte at livssyn henger tett sammen med ens livshistorie. Alt en bærer med seg i livet er en inngang til å forstå et menneske og det som er viktig og meningsfullt for ham eller henne. Det er ikke nok å spørre om man er religiøs eller ikke, for det finnes mange grader av religiøsitet. Informanten kom med et eksempel fra noe de kalte *Eldres kirkedag*, hvor pasienter som ønsker kan få hjelp til å komme seg til en lokal kirke og delta på en gudstjeneste der. Her kan det ofte komme frem at selv om pasientene uttrykker at de ikke er religiøse, viser det seg likevel at de er forankret i kirken og kan si at dette er deres kirke.

På spørsmål om hvordan de åndelige og eksistensielle behovene kommer til uttrykk, svarte en av informantene at de ofte kan ligge mer skjult og ikke komme så tydelig frem. Et par andre informanter nevnte også at det var mulig å finne de åndelige og eksistensielle behovene på andre måter enn i samtale. Det kom også frem i intervjuene at religiøse bilder på veggen eller en Bibel på nattbordet kan indikere at pasientene har åndelige behov. En av

sykepleierinformantene sa at det handler om å se etter tegn og nonverbale uttrykk som pasientene viser. Det kan være tristhet eller å stenge seg inne på rommet, som ville være et tegn på at det er noe som kan plage dem. Slike signaler er det viktig at pleiere prøver å finne ut hva som de kan være et uttrykk for. På den måten sammenliknet informantene sine oppgaver med et detektivarbeid.

Vi ser etter tegn fra pasientene. (...) Er det noe som hun ikke forteller meg, men som egentlig er viktig for henne? (...) Men når hun holder meg i hånda mi da, før jeg går ut av døren, så betyr det at det er noe hun vil. (BLOMST-S1)

### 4.3 Ulike former for åndelig og eksistensiell omsorg

#### 4.3.1 Tradisjoner og ritualer

Alle informantene fortalte at det holdes andakter og gudstjenester på sykehjemmene. Den ene presteinformanten fortalte at hun tilbød å gi nattverd til pasienter på rommene deres under pandemien. Under pandemien hadde hun et trillebord med noe som kunne minne om et alter. Videre var informantene også bevisst på å følge et kjent mønster. Hun synger mange av de samme salmene, ber den samme bønningen og bruker en liten liturgi som er gjentakende. Den andre presteinformanten opplyste om at hun har andakter hvor pasientene kan komme med ønskesanger, alt fra salmer, årstidssanger, julesanger og vårsanger, men også sanger som stammer fra frikirken, statskirken eller andre trossamfunn. Dette fordi det finnes ulike religiøse uttrykk også innenfor kristendommen.

En av presteinformantene informerte om at hun holder en form for andakt som er utviklet spesielt for personer med demens. Informanten beskrev andakten slik:

Vi sitter i en ring så vi ser hverandre. Midt i ringen, eller en oval sirkel, så har vi et lysteningssted, så alteret står i ene enden, så sitter vi som i en halvsirkel. Så har vi lysteningssted, og så tenner vi lys for hver enkelt beboer og sier navnet deres.  
(HJERTE-P)

Det å ha tilrettelagte gudstjenester for personer med demens er noe denne presteinformanten anså som viktig:



(...) og de kan salmene utenat. Når de ikke lenger kan bla i en bok, så kan de være aktivt med. Og vi ser det veldig godt når vi har andakter og gudstjenester, at det er noe av det de mestrer aller best, personer med demens. Ja. De kan det utenat.

(HJERTE-P)

Ellers påpekte flere av informantene at det å synge kjente sanger eller salmer fra den tiden pasientene vokste opp kan gjenopprette språket til pasienter som kan ha mistet det.

Ritualer er ikke avhengige av det kognitive. (...) Det må ikke en kognitiv funksjon for å greie det. Det sitter i kroppen og det sitter i deg, altså, vi bruker smak, lukt, lyd, hørsel, bevegelse, vi bruker alt, sant. Vi bruker kroppsspråket og sansene i ritualer.

(HJERTE-P)

En annen informant beskrev det slik:

Vi har jo hatt slagpasienter uten språk, men så har de vært med på andakt, og da synger de. Det- åh, nå får jeg litt tårer i øynene, men det er så vakkert. Det er liksom... Da kommer det. Det er noe som ligger i dem, det er noe som... Ja, det er sterkt.

(HJERTE-S2)

En informant sa noe liknende da det gjaldt å synge for eksempel salmer: «Men dette her med ritualer som en kommunikasjon, som en form for samtale. Når ikke jeg kan snakke med deg, så kan jeg synge med deg. Og så synger vi samme sangen. Og da snakker vi» (HJERTE-P).

Når pasienter nærmer seg døden, hevdet en av presteinformantene at ritualer ofte blir viktigere for pasientene. Da går hun rundt til de pasientene som har en kristen bakgrunn og som har ønske om åndelig omsorg, og synger salmer, leser Fadervår og lyser velsignelsen over dem.

Det ble nevnt at pleierne kunne sette på TV-en med gudstjeneste på søndager. I tillegg kom det også frem i flere av intervjuene at det ofte hender at pasienter ønsker å be Fadervår eller en kveldsbønn når de skal legge seg, eller som ønsker å be bordverset før måltider. Dette er noe som pleierne hjelper pasientene med å legge til rette for, enten ved å lese bønnen opp for dem eller sammen med dem. Andre ganger kunne pasientene bare å bli tilrettelagt for å kunne utføre bønnen selv:

Ei dame på slutten var veldig urolig under en andakt, og personale går bort til henne og spør «skal du ha noe å drikke?», «Nei», «Skal du på toalettet?», «Nei». Så stoppet jeg i andakten, og så går jeg bort og spør «hva kan jeg hjelpe deg med?». Og så sier hun: «Hjelp meg å be». Hun frøs sånn, så noen hadde tullet et pledd rundt henne, så hun fikk ikke foldet hendene. Og jeg fulgte henne livet ut (...) Og siste dagen, den dagen hun døde, så hjalp jeg henne å folde hendene. (HJERTE-P)

Noe som også ble sett på som viktig blant flere av informantene, var norsk kulturkompetanse og feiring av norske tradisjoner. En av informantene fortalte at det til hver høytid, som jul og påske, legges ut sanger og informasjon om høytiden. En av presteinformantene opplyste om at hun underviser i jul- og påsketradisjoner til pleierne. Hun var også blant de som så på den norske kulturkompetansen som spesielt viktig:

Å kunne snakke med folk om ting som de har... Hvor de er fra, skikker, vanlige skikker, sanger de har sunget, dikt de har hatt på skolen. (...) Ja, å holde fast i hva, hvem de har vært da og hva de har vokst opp med. (BLOMST-P)

#### 4.3.2 Sjelesorg

Begge presteinformantene fortalte at de hadde sjelesorgsamtaler med pasientene. En av dem anslo at sjelesorgsamtalene med den enkelte pasient kunne finne sted alt fra hver uke til hver 14. dag med varighet på et kvarter til en time. Samtaler med sporadisk hyppighet fant også sted, og her var det viktigste bare å holde kontakten.

Sjelesorgsamtaler kunne også finne sted etter andakter eller gudstjenester, noe begge presteinformantene hadde erfaringer med. Den ene presteinformanten fortalte at dette ofte hender når de setter seg ned med en kopp kaffe sammen med pasientene, og begrunnet det med at for de eldre betyr fortsatt presten noe: «Om det er fordi presten liksom åpner det rommet... Det er akkurat som jordmødre sier at det er helt håpløst å være ute, fordi alle skal snakke om fødslene sine» (BLOMST-P). Den andre presteinformanten nevnte at hun har samtaler ved kirkekaffen etter andakter og gudstjenester. Her begynner pasientene å prate om det som rører dem etter andakten eller gudstjenesten, og at hun da fornemmer hva de er opptatte av i etterkant.

Mye av innholdet i sjelesorgsamtalene var blant annet sorg og tapsbearbeidelse, dårlig samvittighet for å ønske å dø og meningen med livet. Presteinformantene kunne få sterke historier fra pasientene som uttrykte «hvor er du, Gud, i alt det vanskelige?», men også «det er en som har hjulpet meg». Ofte kunne pasientene referere til kjente Bibeltekster for å beskrive deres trosforståelse, som for eksempel «som dagen er, skal din styrke være». En av informantene uttrykte det slik: «Vi har som trosopplæring for barn, men vi trenger trosbekreftelse for de gamle, sant? At noen snakker med dem om hva som har holdt de fast, at de får lov å sette ord på hva som har hjulpet dem» (HJERTE-P).

Gjennom sorgbearbeidelsen pekte en av presteinformantene på viktigheten av å få lov til å fortelle sorgfortellingen sin om og om igjen, det å kunne få bearbeide livet sitt. Samtidig er det viktig å finne lyspunktene:

Vi har ofte sorg som møter oss, og noe som «oi, jeg har mistet mamma, jeg har mistet...», og så går du inn i den samtalen og sier: «Du snakker så mye om mammaen din du, hun må være flott, hun, kan du fortelle mer om henne?» (HJERTE-P)

En viktig side som et av sykehjemmene var nøye på å informere om på inkomstsamtalen var at prestedtjenesten på sykehjemmet også ble ansett som en samtalejeneste. Det vil si at pasientene kan snakke med presten om livet generelt. Presten er altså her for pasientene til å snakke om livet i sin alminnelighet, ikke bare om Gud. Et slikt bredt aspekt på samtalejenesten åpner opp for at presten ikke bare er forbeholdt slike samtaler, og presteinformanten tilknyttet gjeldende sykehjem presiserte at hun informerte pleierne om viktigheten av å ta samtalene når de kommer:

Når mor nevner døden, når det skjer noe spesielt... Aldri utsett sånne samtaler. Bruk fem, ti minutter hvis det kommer noe grunnleggende: «Når jeg dør...» eller «hvis jeg blir dårligere...». Det er viktig for meg. Ta det der og da. (HJERTE-P)

Selv om det var presteinformantene som snakket mest om sjelesorg, var det to sykepleierinformanter som også nevnte at de ivaretok pasientenes åndelige og eksistensielle behov gjennom samtaler. En av sykepleierinformantene fortalte at det for eksempel kunne være hensiktsmessig å droppe vaskingen under armene ved kroppsstell, og heller bruke fem minutter på å vise empati og å snakke og lytte til det pasienten har på hjertet.

#### 4.4 utfordringer

Gjennom intervjuene nevnte også informantene en rekke faktorer som har negativ påvirkning for kartlegging av pasientenes åndelige og eksistensielle behov. To av sykepleierinformantene nevnte mangel på tid i en travel hverdag, og med mange oppgaver som skal utføres i løpet av vekten, kan ofte de åndelige og eksistensielle behovene bli glemt. En sykepleierinformant sa: «Pleierne tenker på de grunnleggende behovene hele tiden, altså den rutinemessige oppfølgingen av beboerne, ikke sant. Så da glemmer de antakeligvis de åndelige og eksistensielle behovene» (BLOMST-S2).

En annen sykepleierinformant opplevde at det var altfor lite fokus på åndelige og eksistensielle behov i utdanningsløpet, noe som førte til at hun ikke tenkte at dette var viktige fokusområder i begynnelsen av karrieren:

Når jeg tenker på det nå, så blir jeg sånn «herregud, HJERTE-S2, hva tenkte du, liksom?» Men den gangen, for jeg var så opptatt av «ja, men hvorfor skal vi tenke på det? For det er jo- man må jo tenke på ernæring, man må tenke på sårstell...» Men jeg- etter så mange år etter å være ferdigutdannet, så ser jeg jo at det er så viktig. Det er så viktig.» (HJERTE-S2)

Et par av sykepleierinformantene bemerket at ikke alle pleierne var personlig egnet til å snakke om åndelige og eksistensielle behov. BLOMST-S1 sa: «Og så er det ikke alle som jobber her som er egnet til å snakke, eller har evnen eller har kapasitet eller tør».

Begge presteinformantene nevnte sjenansen for åndelige og eksistensielle behov som en utfordring, og da fra både pleiere og pasienter. På den ene siden kan pasientene ha en sjenanse for å snakke om temaet fordi de mener at det er en privatsak. På den andre siden kan det være pleiere som har sjenanse for temaet, noe som kan forklares med et ønske om å skåne pasientene. En av presteinformantene hadde erfaring med dette etter samtale med en pasient:

De bodde her sammen, og så mistet hun mannen, og så var hun så veldig lei seg. (...) Hun husket ikke at hun hadde vært på samme sykehjem og sittet ved dødsleiet hans. Og så sa jeg «men du var her, og dere var mye sammen og han ble dårlig og du satt ved senga hans og du fortalte så mye fint om han før begravelsen, og du var med i

begravelsen». «Å, så fint», sier hun. «Hvorfor har ingen fortalt meg det før?». Men da hadde man tenkt at man skulle skåne henne. (HJERTE-P)

Koronapandemien har også påvirket ivaretagelsen av åndelige og eksistensielle behov, og flesteparten av informantene fortalte at dette har gitt mange negative konsekvenser. Tre av sykepleierinformantene nevnte at i det i pandemien ble fokusert mer på smitte og smittevernsregime, mens åndelige og eksistensielle behov ble neglisjert. En av informantene fortalte at pandemien også førte til at det kom inn pleiere uten helsefaglig kompetanse, men som hadde blitt permittert fra sine egne jobber og blitt beordret til å jobbe på sykehjemmet:

Når alle [ansatte] ble satt i karantene, og de [ekstravaktene uten helsefaglig kompetanse] har jo kommet godt i gang og vet hvem beboerne er og vet hva de har behov for og... Men når de kom inn, så var det jo- da var det stell, mating, legging. (...) Det var det. Det gikk virkelig over stakk og stein. (HJERTE-S2)

Presteinformantene var også tydelige på at det var en vanskelig tid under koronapandemien. Avdelinger hadde blitt stengt og pasientene fikk ikke tilbud om andakt, sang og samling. Det var blitt laget kreative løsninger; blant annet andaktsbrev som ble lest opp for pasienter som ønsket dette, men fravær av den fysiske nærheten gjorde det utfordrende å ivareta pasientenes åndelige og eksistensielle behov.

#### 4.5 Betydning for livsmestring

Et av underspørsmålene til masteroppgaven min er hvilke erfaringer sykehjemsprester og sykepleiere har av sammenhengen mellom ivaretagelse av slike behov og pasientenes livsmestring. Jeg inkluderte derfor spørsmålet i intervjuguiden. Jeg opplevde at dette var spørsmål mange av informantene hadde vanskeligheter med å svare ordentlig på, og de svarte ofte vagt og unnvikende. Likevel tilnærmet de seg spørsmålet gjennom ulike historier de fortalte underveis gjennom hele intervjuet.

Noen av informantene fortalte blant annet at ivaretagelsen av disse behovene kan legge et grunnlag som gjør det lettere å akseptere tap og sorg, samt at det kan bidra til å lindre smerten de bærer på. En annen informant ga dette eksempelet:

En dame, det er 20 år siden, hun hadde rom mot kirkegården, og hun var så lykkelig, for det var hennes neste hvilested, og der lå mannen, og hun gledet seg til å komme dit og håpet det skjedde snart. (...) Ja, fordi ikke sant, for hun som var på rommet og så graven, hun mestret livet sitt, fordi hun visste hva som var i vente da. Altså det å vite at det er noe godt i vente, det betyr mye for mange. (HJERTE-S1)

En informant ordla seg annerledes og sa hvordan det å ikke bli møtt på disse behovene kunne ha negativ innvirkning på pasientenes livsmestring:

Mens det å ikke bli møtt på disse tingene vil være vondt og... Kanskje helt, enten helt konkret vondt, at man kjenner: «Åh, man mister liksom motet i dag». Eller bare sånn diffust utslettende på sikt hvis man aldri blir møtt på de tingene som er viktige. (BLOMST-P)

Noe som kom frem i flere av intervjuene var hvordan musikk kan ha positive virkninger på pasientene. For det første kan musikk ha en beroligende effekt på pasientene. En informant fortalte at dersom en pasient har en gudstro, så kan salmer bety mye for dem og virke beroligende. En annen informant hadde erfaringer med en pasient som får beroligende effekt av å synge salmer som er kjent for vedkommende, og kunne meddele at det hadde ført til at pasienten har sluppet sovemedisiner. En annen informant beskrev også hvordan sang ga beroligende effekt på pasienten:

Veldig vanskelig å stelle, var der alene i stellet, så spurte jeg: «Hva er det du gjør her?». Og så sa hun: «Jeg synger, for da slapper hun av». Så begynte jeg også å gjøre det selvfølgelig, og det var helt morsomt hvordan det virket inn på hele kroppen på beboeren. (HJERTE-S1)

For det andre ble det løftet frem blant flere informanter at musikk kan være et viktig virkemiddel til de som har mistet språket sitt. Når det blir satt i gang allsang av for eksempel tradisjonelle julesanger på julaften, så opplevde en av informantene at pasienter som til vanlig verken snakket eller sang, kunne stemme i og synge alle de åtte versene på «Jeg er så glad hver julekveld».

## 4.6 Sykepleierens og sykehjemsprestens rolle i sykehjemmet

I oppgaven min ønsket jeg blant annet å undersøke hvordan sykehjemsprestene og sykepleierne så på seg selv og sin rolle på sykehjemmet for ivaretagelsen av de åndelige og eksistensielle behovene. Jeg tenkte det ville være interessant å få innblikk i informantenes tanker rundt dette for å se om de hadde tenkt noe på fordeling av deres ansvarsoppgaver for å få ivaretatt disse behovene tilstrekkelig hos pasientene.

### 4.6.1 Sykepleierens rolle

Alle sykepleierinformantene som jeg hadde i oppgaven min, hadde enten en lederstilling eller var fagansvarlig på avdelingen deres. Et spørsmål jeg stilte dem var derfor om de følte de hadde et overordnet ansvar for at pasientenes åndelige og eksistensielle behov blir ivaretatt på avdelingen. Her nevnte tre av fire sykepleierinformanter at de har et spesielt ansvar for å sørge for at disse behovene til pasientene blir ivaretatt blant pleierne. Den fjerde informanten mente at dette er et fellesansvar som inkluderer alle. Hun eksemplifiserte det ved å fortelle at de på morgenmøtene hvor det er andakt samme dag, kan minne hverandre på at det er viktig å få med de pasientene de vet kan sette pris på andaktene. Andre sykepleierinformanter nevnte også at de ta kan opp på morgenmøtene om det er andakt eller gudstjeneste samme dag. Ettersom de kjenner pasientene godt, vet de hvilke pasienter som pleier å delta på andakt og hvem de kan tenke seg å spørre. En sykepleierinformant ordla seg slik:

Og så er det jo sånn at vi vet at de pleier å gå på andakt, hvis de sier nei en dag, så hender det at vi går inn en eller to andre også, for å ta en ekstra sjekk, fordi det hender at de glemmer litt at de har sagt nei eller ikke har skjønt spørsmålet. (HJERTE-S1)

Imidlertid var det stor enighet blant informantene om at de ikke skulle pådytte eller tvinge noen til for eksempel å være med på andakt eller å ha samtale med prest. Dersom informantene selv hadde en tro, fortalte de at de ikke går rundt og forkynder til pasientene. De understrekte at de åndelige behovene må komme fra pasientene selv.

Begge presteinformantene løftet frem at pleierne i utgangspunktet er de viktigste aktørene, da de er med pasientene døgnet rundt. Det er pleierne som er viktigst i sine observasjoner

og må videreformidle det de observerer, samt benytte denne kunnskapen i deres daglige omgang med pasientene. En av presteinformantene fortalte at hun pleide å si at hun er én av mange samtalepartnere, og den viktigste samtalepartneren er pleierne.

Blant sykepleierinformantene trakk de fleste frem viktigheten av at sykepleierne og øvrige pleiere videreformidler det de finner ut av åndelige og eksistensielle behov hos pasienter. Dette kan blant annet være på morgenrapporten eller at man dokumenterer det inn i dokumentasjonssystemet sitt. Ellers forstod sykepleierne sin egen rolle som at de skal innhente de opplysningene som er viktige for pasientene.

#### 4.6.2 Sykehjemsprestens rolle

Flere av informantene, både av prestene og sykepleierne, tydeliggjorde at presten ikke bare er til stede for å snakke om tro og kristendom, men at de også er samtalepartnere.

Pasientene kan snakke om nåtid, fortid, fremtid, og de kan ta opp eksistensielle aspekter som knytter seg til det å være et menneske. Presten kan gi støtte både psykisk og emosjonelt gjennom samtale. En av sykepleierinformantene ga et eksempel på pasientenes oppfatning av presten deres på dette:

Vi har jo også de som er ikke-troende, men hun er en ressurs for de også. De har jo sagt sånn «nei, nei, jeg vil ikke prate med prest». (...) Men når vi sier at «ja, nå kommer HJERTE-P i morgen», så «åå, gjør hun det! Ja, men så fint, så koselig.»  
(HJERTE-S2)

Et par av informantene fortalte imidlertid at presten og ansatte kan gjøre mye likt og at de åndelige og eksistensielle behovene er en fellesoppgave for både presten og pleierne. Likevel var det enighet blant informantene om at prestens fagkunnskap innenfor det teologiske og sjelesørgeriske området var viktig å løfte frem for ivaretagelsen av disse behovene. Siden prestene har denne fagkunnskapen, så vil de ha en bevisstgjørende rolle som blant annet minner pleierne på viktigheten av å ivareta pasientenes åndelige og eksistensielle behov. En annen informant supplerte med at prestens rolle også innebærer å informere og veilede personalet.

I intervjuene dukket det også opp den rollen som prestene kan bære rett og slett i form av sin yrkestittel. En informant fortalte at den generasjonen som befinner seg på sykehjemmet



nå, har en respekt for autoritetspersoner. En annen informant pekte på at pasientenes erfaringer med prest også spilte en rolle. Avhengig av om en pasient har gode eller dårlige erfaringer med prester fra tidligere i livet sitt, så ville dette påvirke deres forståelse for og syn på presten. En av presteinformantene ordla seg slik:

(...) men ofte bare det at jeg setter meg ned og tar en kopp kaffe ved et bord og samtaler litt har en effekt, både fordi at, for de gamle betyr presten noe. (...) Hvis ikke han eller hun har gjort seg helt ufortjent til det, så har man liksom en liten sånn boost å... Hva skal man kalle det... Rollen bærer litt da. Og gir litt. Eller tar. (BLOMST-P)

Den andre presteinformanten ga et eksempel på en pasient som hadde gode erfaringer med prestens rolle. Det var to pasienter med demens som befant seg utenfor seremonirommet hvor det snart skulle holdes en andakt, og presten som hadde på seg et presteskilt kom dem i møte:

(...) Og så peker hun andre på meg og sier «hvem er hun?» Så tenker jeg «nå blir det interessant». Og så sier hun «det er hun... Det er hun som kommer med trøst». Og så tenker jeg, ja, hva er det jeg kommer med? Jeg kommer med bibelfortellingene, jeg kommer med salmene, jeg kommer med Fadervår på gamlemåten, det du kan som gir trøst og mestring. (HJERTE-P)

#### **4.7 Forskjell på kommunalt og diakonalt sykehjem**

På begge sykehjemmene var det enighet om at samarbeidet mellom presten og pleierne på avdelingen var godt. Alle sykepleierinformantene var utelukkende fornøyde med samarbeidet de hadde med presten og var nesten samstemmige i hvordan de beskrev deres opplevelse av samarbeidet med prestedtjenesten. Sykepleierinformantene på det diakonale sykehjemmet uttrykte at de synes det er lav terskel for å kontakte presten og at de har åpen dialog med henne. Sykepleierinformantene på det kommunale sykehjemmet fortalte at de ikke bare opplevde presten som fleksibel og tilgjengelig, men at hun aldri avslår eller sier at hun ikke har tid. En av sykepleierinformantene på det kommunale sykehjemmet beskrev hvordan presten er en ressurs for sykehjemmet:

Så når vi har en prest på sykehjemmet er det veldig fint siden hun er en stor ressurs. Vi har brukt henne noen ganger, når vi ikke hadde nok personale. Så da spurte vi henne: «Kan du være her og sitte sammen med pasientene og prate med dem under middag? Vi skal ha et viktig møte med personale». (BLOMST-S2)

Fra presteinformantenes perspektiv var også begge fornøyde med samarbeidet med pleierne. Presteinformantene fortalte at det er lett å forholde seg til pleierne og å jobbe sammen med dem, selv om de til tider må mase på dem for at de skal kartlegge pasientenes åndelige og eksistensielle behov.

Det var imidlertid delte meninger om deres samarbeid med sykehjemmet på ledelsesnivå. Presten som jobber på det kommunale sykehjemmet, opplevde så godt som ingen interesse fra ledelsesnivå for hennes funksjon som sykehjemsprest på institusjonen. Presten som jobber på det diakonale sykehjemmet opplevde derimot et tett samarbeid med ledelsen. Hun var selv med i den utvidede ledergruppen på sykehjemmet og deler kontor med andre faggrupper på sykehjemmet som legger grunnlaget for å kunne diskutere pasientsituasjoner på tvers av fag:

Og vi har jo et kjempetett samarbeid, altså. Vi deler kontor og, prest, lege, kulturleder og fysioterapeut, så vi snakker veldig mye tverrfaglig. Så når hun eller han har veldig vondt, veldig urolig, er det fysioterapeuten som skal inn eller er det presten?

(HJERTE-P)

Presten og pleiere på begge sykehjemmene jobber også sammen i det de kaller for etiske refleksjonsgrupper, hvor presten var med pleierne og diskuterte etiske dilemmaer de møtte på i hverdagen. Dette behøvde nødvendigvis ikke kun å være av åndelig eller eksistensiell art, men pleiere kan stå i mange komplekse situasjoner hvor ulike verdier står på spill. En av sykepleierinformantene på det kommunale sykehjemmet uttrykte at presten i enkelte tilfeller også kan ta med pleierne og veilede dem i hvordan de kan håndtere ulike situasjoner som de står i. Videre fortalte informanter fra begge sykehjemmene at presten kan være tilgjengelig til støtte for pleierne også, dersom de befinner seg i en krise og har behov for å snakke med en prest. En av informantene beskrev hvordan koronapandemien hadde gitt en

psykisk belastning på pleierne, og hvordan presten støttet dem i det de gjennomgikk og slet med på det personlige plan.

På det diakonale sykehjemmet ble det også opplyst om at to ganger i året arrangerte presten minnestund på avdelingen for pasientene som hadde gått bort siden sist. Her tenner presten et lys for hver pasient og så forteller pleierne historiene til pasientene gjennom latter og tårer.

For de skal følge noen inn i døden som de har stelt i lang, lang tid, og så innen 48 timer kommer en ny, og rommet skal vaskes og du skal smile blid og ta imot. Så det er krevende. Så personalet må få bearbeide sin sorg. (HJERTE-P)

I intervjuene spurte jeg informantene eksplisitt om de tror det er noe forskjell på den åndelige betjeningen på diakonalt enn på kommunalt sykehjem. To av sykepleierinformantene fortalte at de ikke hadde noen formening om dette siden de bare hadde hatt arbeidserfaring fra enten sitt kommunale eller diakonale sykehjem. En sykepleierinformant fortalte at hun trodde det var avhengig av hvem som jobber på sykehjemmene, størrelsen på sykehjemmene og hva slags type pasienter man har boende hos seg.

Begge presteinformantene svarte imidlertid at de trodde at det er en forskjell på diakonale og kommunale sykehjem da det gjelder den åndelige betjeningen. Presteinformanten på det kommunale sykehjemmet svarte dette:

Jeg ville tro da at når hele fundamentet er diakonalt, så er ledelsen mer bevisst på det. Og når det da, hvis det liksom er mer forankret gjennom hele strukturen, så blir det også et høyere bevissthetsnivå. Tror jeg. (BLOMST-P)

Den andre presteinformanten fortalte at hun trodde at menneskesynet som den diakonale stiftelsen sykehjemmet er en del av har, gjør at de ansatte på deres sykehjem har et større fokus på den åndelige betjeningen. Likevel berømmet hun kommunen sin for å ha satt tro og livssyn på dagsordenen:

Så [navnet på kommunen] har fått tro og livssyn inn, men jeg tror det at det er liksom kommet inn i den her tenkningen om likeverd, sant? Likeverdig helsetjeneste. (...)

Men vi er et annet- det livssynsåpne samfunn, den NOU-en kom i 2013. Skal tro og livssyn leve side om side eller bort fra den livssynsnøytraliteten, sant? (HJERTE-P)

Her refererte presteinformanten til det offentlige dokumentet NOU fra 2013 som ble avgitt til Kulturdepartementet. Dokumentet heter *Det livssynsåpne samfunn – En helhetlig tros- og livssynspolitik* (NOU 2013:1).

## 5 Drøfting

I dette kapitlet skal jeg drøfte problemstillingen min ut fra empiri og teori som jeg har presentert i tidligere kapitler. Problemstillingen min er altså: Hvordan kan man ivareta åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem? Jeg har valgt å bruke de tre underspørsmålene til problemstillingen som hovedpunkter for drøftingen. Ut fra funnene mine er det det første underspørsmålet jeg har fått mest materiale på, og dette får derfor mest vekt i drøftingen. Siden det første underspørsmålet skiller mellom prestenes og sykepleiernes rolle i ivaretagelsen av åndelige og eksistensielle behov, har jeg også valgt å skille mellom rollene i drøftingen. Jeg innleder imidlertid med det overordnede som begge faggruppene mener er viktige for ivaretagelsen av disse behovene.

### 5.1 På hvilken måte ivaretas pasientenes åndelige og eksistensielle behov hos henholdsvis sykepleiere og sykehjemsprester?

Det som kom frem i samtlige av intervjuene var at kartlegging og videreformidling av pasientenes individuelle behov var viktig for ivaretagelsen av deres åndelige og eksistensielle behov. Likevel fortalte flere av informantene at pleierne ikke er tilstrekkelig bevisste på disse behovene, og begge presteinformantene uttrykte at de tidvis måtte mase på pleierne om å kartlegge og skrive det inn i Gerica. Når det var stor enighet blant informantene om at kartlegging og videreformidling er to sentrale sider ved ivaretagelsen av de åndelige og eksistensielle behovene, kunne det være interessant å stille spørsmål om hvorfor ikke dette da blir utført tilstrekkelig nok av pleierne på sykehjemmene.

Begge presteinformantene nevnte at en utfordring knyttet til det å kartlegge og prate om de åndelige og eksistensielle behovene, kan være sjenansen både pleiere og pasienter har for å prate om temaene. Forskning viser at sykepleiere og øvrig helsepersonell kan synes det er vanskelig å prate om de åndelige og eksistensielle behovene med sine pasienter (Molzahn & Sheilds, 2008, s. 25; Baldacchino, 2015, s. 596). Gjennom intervjuene kom det frem at denne reservasjonen kunne være et forsøk på å skåne pasientene fra smerten som oppmerksomheten på disse behovene kunne vekke hos dem. Dette kan virke som en midlertidig løsning siden pasientene fortsatt vil ha disse behovene, selv om intensjonen til pleierne er å skåne dem. Kanskje reservasjonen også kan være et svar på at man selv ikke

våger å gå inn i slike temaer? Som sykepleier er man vant til å behandle sykdommer eller å lindre plager, og da kan det være utfordrende å ivareta de åndelige og eksistensielle behovene. Her vil som regel ikke hensikten være å behandle, men heller å våge å stå i smerten sammen med pasienten, og dette kan sykepleieren oppleve seg hjelpeløs og avmektig overfor. Molzahn & Sheilds (2008) viser til i sin forskning at i hvilken grad en sykepleier mestrer å gi åndelig omsorg, er avhengig av blant annet personlig bekvemhet og den enkeltes erfaringer innenfor området (s. 26). For pleiere som har lite erfaring med åndelige og eksistensielle behov, kan det derfor være utfordrende å ivareta dem.

Det som imidlertid flere av informantene var opptatte av var hvor viktig det var å vite livshistorien til den enkelte pasient, og en av informantene knyttet livshistorie til livssyn. Et menneskes livssyn, i den forstand dets syn på livet, vil være påvirket av hele menneskets erfaringer i sitt levde liv, altså deres livshistorie. Som jeg har nevnt innledningsvis, så er det det en bred teoretisk forståelse av hva åndelige behov er. Royal College of Nursing (2011) hevder at *spirituality*, den engelske oversettelsen av begrepet, ikke bare handler om ens religiøse tro, men også om relasjoner, meninger og verdier som et menneske har. Giske & Cone (2019) skriver at det åndelige beveger seg inn i kjernen til et menneske og tar for seg det som gir livet mening og fred, samt omfatter alt som menneskelivet består av (Giske & Cone, 2019, s. 12; Tveit, 2012, s. 157). Når man får et slikt perspektiv på livssyn som en forlengelse av ens åndelige og eksistensielle behov, blir det satt inn i et helhetlig perspektiv av personens liv. Dette kan gjøre det mer naturlig å snakke om disse behovene.

Dog kan en slik bred forståelse av åndelige og eksistensielle behov føre til at det blir utfordrende for pleierne å forstå hva disse behovene innebærer. Dette er noe som Tveit (2012) også skriver om, som jeg presenterte i teorikapittelet. Hun forteller nemlig at for vid begrepsforståelse av den åndelige dimensjonen kan føre til at den kan bli for upresis og diffus (s. 158). En av informantene hevdet jo nettopp det at pleiere kunne ivareta de åndelige og eksistensielle behovene uten å være klar over at de gjorde det, nettopp fordi at man har en ulik forståelse av de åndelige og eksistensielle behovene:

Hvorfor er det så lite skrevet om dette her, hvorfor er det så lite snakket om på rapporten? Er det fordi at (...) vi klarer ikke å definere at det jeg gjør nå, her og nå, at

jeg har- det at jeg ser pasienten og trøster pasienten, at det er at jeg gir den åndelige omsorgen til den pasienten. (BLOMST-S1)

Det å ha en lik forståelse og definisjon av åndelige og eksistensielle behov blant institusjonens ansatte kan bidra til å gjøre pleierne bevisste på når de ivaretar disse behovene. Det kom frem i flere av intervjuene at sykehjemsprestene holder undervisning og kurs for de ansatte på sykehjemmet som er relevante for å ivareta pasientenes åndelige og eksistensielle behov. Her kunne det være en gylden mulighet å skape en felles enighet rundt hva som ligger i disse behovene. Dette kan igjen gjøre det lettere for pleierne å både kartlegge og dokumentere i Gericen når de ivaretar disse behovene til pasientene.

### 5.1.1 Sykepleiernes rolle

#### **Åndelige og eksistensielle behov på dagsorden**

I kapittel 4.4 nevnte jeg hvordan HJERTE-S2 så hvor viktige de åndelige og eksistensielle behovene var for pasientene; noe hun ikke anså som viktig tidlig i sin yrkeskarriere. Som jeg skrev i innledningskapittelet, hevder Tveit (2012) at ens fagforståelse utvikles og formes ut fra hva den enkelte velger å fokusere på i sin yrkesutøvelse (s. 155). Dersom sykepleierne har en fagforståelse av at de åndelige og eksistensielle behovene er betydningsfulle i egen yrkesutøvelse, kan dette påvirke deres vilje til å ivareta slike behov i møte med pasientene.

Det var også noen av informantene som nevnte at det var viktig å se på de åndelige og eksistensielle behovene som en del av den helhetlige omsorgen som hver pasient har rett på. Dette kan stemme overens med teorien jeg har inkludert i studien min, som forteller at åndelig omsorg er en del av den helhetlige omsorgen til pasienten, og som i det følgende repeteres kort her. I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere fastslås det at sykepleiere skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2019). Brinchmann & Odland (2021) har videre delt den helhetlige omsorgen i fire dimensjoner, den fysiske, den psykiske, den sosiale og den åndelige (s. 28-29). Dette kan samsvare med det helhetlige kristne menneskesynet som Nordstokke (2002) også skriver om. Han beskriver et menneskesyn som er satt sammen av kropp og sjel, men også at mennesket har en åndelig og sosial egenskap i tillegg (s. 25). Både Nordstokke (2002, s. 25) og Brinchmann & Odland (2021, s. 28-29) forklarer at de må ses i sammenheng med hverandre og at de påvirker hverandre gjensidig.

BLOMST-P uttrykte at dersom et menneske aldri blir møtt på de åndelige og eksistensielle behovene, kunne det oppleves som «diffust utslettende» eller som en følelse av motløshet. På spørsmål om hvordan de åndelige og eksistensielle behovene kan komme til uttrykk hos pasientene, nevnte en annen informant at pasienter kan stenge seg inne på rommet fordi det er noe som kan plage dem. Her ser vi hvordan den åndelige dimensjonen – eller rettere sagt mangelen på å bli møtt på det åndelige aspektet – kan påvirke den fysiske, psykiske og sosiale dimensjonen i form av inaktivering, isolasjon og tungsinn. På den måten utgjør menneskets helhet mer enn summen av dets komponenter, som det holistiske menneskesynet innenfor sykepleie beskriver (Brinchmann og Odland, 2021, s. 27). Når en pasient ikke ønsker å forlate rommet sitt fordi vedkommende eksempelvis er i dyp sorg etter å ha mistet sin kone, så betyr ikke isolasjonen på rommet nødvendigvis at han er redd for å være sosial. Det kan være et tegn på at sorgen tærer på pasientens fysiske og psykiske krefter i så stor grad at han ikke orker å være sosial, og det han kan ha behov for kan være sjelesørgerisk støtte. Poenget er at det ikke er mulig å bare se på den åndelige dimensjonen i seg selv, den må ses i sammenheng med de andre dimensjonene. Ved at man på denne måten aktualiserer og ser viktigheten av de åndelige og eksistensielle behovene, kan det gjøre det lettere å prioritere slike behov på lik linje som med andre grunnleggende behov.

### **Mellommenneskelige relasjoner som grunnlag for god kartlegging**

For å kunne få en helhetlig og riktig vurdering av et menneskes sykdomsbilde, vil det være avgjørende å ha en relasjon preget av tillit og åpenhet. Slik kan vedkommende våge å dele av sin erfaringsverden og vite at han blir lyttet til og respektert (Okkenhaug, 2002, s. 86).

Relasjoner som legger vekt på de mellommenneskelige sidene som gir grobunn for en god relasjon, er noe både Travelbee og Martinsen fokuserer på i sin sykepleieteori, som jeg redegjorde for i teorikapittelet. Mens Travelbee beskriver viktigheten av tillitsfulle og nære relasjoner mellom den syke og den profesjonelle (Overgaard, 2003, s. 84), beskriver Martinsen om hvordan omsorgsbegrepet knyttes til nestekjærlighet, og at det har en relasjonell, praktisk og moralsk side (Martinsen, 2003, s. 14-17).

Hvis jeg går nærmere inn i Travelbees sykepleieteori, beskriver hun en prosess som hun kaller menneske-til-menneske-forholdet, og gjennom prosessens fire faser, aktualiseres den ideelle relasjonen mellom sykepleieren og den syke (Travelbee, 2001, s. 171). Flere av



informantene nevnte at det er viktig med kartlegging ved innkomst, og i det hele tatt å kartlegge deres åndelige og eksistensielle behov mens pasientene fortsatt har språket og deres kognitive funksjon intakt. Som jeg nevnte i funnkapittelet, uttrykte en informant fordelene med at pasientene har fast plass på sykehjemmet, for da får pleierne mulighet til å bli ordentlig kjent med pasientene over tid. Ikke minst vil også pasientene få tid til å bli trygge i sine relasjoner med pleierne. Slik kan det legges til rette for nære relasjoner hvor pasientene kan opparbeide seg en trygghet til å snakke om deres behov og hva som er viktig for dem. God kvalitet på menneske-til-menneske-forholdet er derfor viktig å etterstrebe.

### 5.1.2 Sykehjemsprestens rolle

#### Sjelesorg

Begge presteinformantene fortalte at de hadde sjelesorgsamtaler med pasientene, og noen av de vanligste temaene de pratet med pasientene om var sorg og tapsbearbeidelse. Ifølge Nielsen (2016) samsvarer dette med hennes sentrale temaer innenfor sjelesorg til eldre mennesker (s. 188). Pasienter på sykehjem kan ha kommet så langt i livet at deres ektefelle, søsken og venner har gått bort, og følelsen av sorg kan prege pasientene. En av presteinformantene nevnte dette med at pasientene må få lov til å bearbeide sorgen sin ved å fortelle den gjentatte ganger. Her kan det være nyttig å hjelpe pasientene til å finne nyanser eller lyspunkter i deres fortelling. For å få til det, må man våge å lytte til smerten og sorgen som pasientene bærer på. Slik kan det være mulig å hjelpe pasientene til å finne nye nyanser eller lyspunkter som de ikke har tenkt over tidligere. Det kan for eksempel være å flytte søkelyset fra at man har mistet sin mor, til å fortelle hva moren har betydd for vedkommende, som HJERTE-P fortalte. Videre uttrykte hun: «Våger du sorgfortellingene, så får du kjærlighetshistoriene». Dette kan være til hjelp i sorgprosessen, og dermed viktig for å ivareta deres åndelige og eksistensielle behov.

Begge presteinformantene fortalte at samtalene de hadde med pasientene ikke nødvendigvis skjedde på tomannshånd inne på rommet til pasienten, men også rundt kaffekoppen i stuen etter andakt eller gudstjeneste. Espedal (2015) skriver at under kirkekaffen kan presten eller diakonen komme i en samtale med et annet menneske som vekker dype tanker og følelser hos vedkommende, og dette kan fungere som en innledning til en sjelesorgsamtale (s. 19). En av presteinformantene nevnte at på kirkekaffen etter

andakt eller gudstjeneste så ville hun i samtale med pasientene få en anelse om hva som sitter igjen i etterkant. Dette kan være en god inngang til å tilby en samtale i roligere og mer private omgivelser dersom pasienten ønsker dette.

Noen informanter nevnte at presten kan være til både psykisk og emosjonell støtte, og dette kan være en tilnærming til sjelesorgsformer som jeg skrev om i teorikapittelet, nemlig Grevbos dybdepsykologisk eller partnersentrert sjelesorg. Her vil konfidenten oppleve å bli møtt med respekt og engasjement for det han eller hun tar opp i samtale (Grevbo, 2006, s. 351-384). Eide (2014) nevner at en svakhet med slike sjelesorgsformer kan være at sjelesørgeren ikke er trygg på å snakke om livssyn (s. 18). En av presteinformantene uttrykte at hun var tydelig bevisst på at hun er åpen for å prate om det pasientene selv ønsker å prate om. Selv om pasientene ikke tar opp trosrelaterte temaer i samtalen, legger det ikke en hindring for at presten fortsatt kan bringe frem nye nyanser i pasientens livsverden på grunnlag av sin kompetanse innenfor teologi og sjelesorg. Dette samsvarer med Eide (2014) som skriver at det vesentlige for sjelesørgeren er at han eller hun tar utgangspunkt i den livsverdenen som pasienten befinner seg i, og har den relevante kompetansen innenfor teologi og trosrelaterte temaer som kan få konfidenten til å finne nye perspektiver i sine livserfaringer (s. 21).

I flere av intervjuene kom det frem at sykehjemsprestens rolle bar preg av å være en såkalt samtalepartner, ikke nødvendigvis for å samtale om tro og religion, men om alt som rører seg i og rundt pasientene. Pasientene kan altså snakke med presten om hva de selv ønsker. Dette kan bidra til å gjøre terskelen lavere for pasienter til å ta kontakt med prest, selv om de ikke nødvendigvis ser på seg selv som troende:

Vi har jo også de som er ikke-troende, men hun er en ressurs for de også. De har jo sagt sånn «nei, nei, jeg vil ikke prate med prest». (...) Men når vi sier at «ja, nå kommer HJERTE-P i morgen», så «åå, gjør hun det! Ja, men så fint, så koselig.» (HJERTE-S2)

Det kan knytte seg flere fordeler med å bruke begrepet samtalepartner fremfor sjelesorgsamtale. En fordel sett fra prestens perspektiv kan være at presten når ut til en større gruppe pasienter enn bare de som ser på seg selv som kristne. En annen fordel sett fra pasientens perspektiv kan være at det åpner for et større spekter av samtaletemaer ved å

bruke begrepet samtalejeneste. Det kan gjøre det lettere for pasienten å ville samtale med presten siden samtalen ikke bare trenger å dreie seg om eksplisitt religiøse temaer. Spesielt viktig blir dette ettersom det kom frem i noen av intervjuene at det finnes en viss sjenanse hos pasienter siden de ser på åndelige og eksistensielle behov som en privatsak. En tredje fordel kan være at det kan åpne opp for at slike samtaler ikke bare er forbeholdt til presten, men at sykepleiere og andre pleiere også kan ta denne samtalen. Som en av presteinformantene fortalte: «Og jeg bruker å si at jeg er én av mange samtalepartnere. Den viktigste samtalepartneren er pleierne» (HJERTE-P).

### **Ritualer og symboler**

Gjennom intervjuene kom det frem at presterollen kan både gi og ta. Når prestene kommer på sykehjemmet med prestekrage eller presteskilt er det åpenlyst at de kommer i sin profesjonelle rolle som prest og ikke som de privatpersonene de er. Danbolt & Stifoss-Hanssen (2007) forklarer at et symbol er en form for tegn som kan være meningsbærende eller skape en verdi (s. 41). Her er prestekragen og presteskiltet et symbol som kan være meningsbærende eller skape en form for verdi for pasientene. HJERTE-P ga, som beskrevet i kapittel 4.6.1, et eksempel på en pasient som hadde gode erfaringer med prestens rolle. Pasienten uttrykker at presten er den som kommer med trøst, og presten reflekterer selv over at hun er den som kommer med salmer og Fadervår på gamlemåten som gir trøst og mestring til pasientene. I dette eksempelet ser vi ikke bare at de rituelle handlingene som presten utfører kan bidra til å gi trøst og mestring til pasientene, men også at presten i seg selv kan fremkalle trygghet og ro hos pasientene. Symboler kan skape stabilitet og ro i mennesker når omgivelsene rundt oppleves utrygt (Børresen & Bjønnes, 2001, s. 46). Som jeg skrev i innledningskapittelet, kan mennesker med demens oppleve at omgivelsene rundt som usikkert siden de ikke har kontroll over sin egen situasjon eller kan oppleve vrangforestillinger om sine omgivelser (Rokstad, 2008b, s. 43-44). Her kan presten med sin prestekrage eller snipp bidra til å være en trøst og trygghet for dem.

Når det gjelder ritualer kom det frem i intervjuene at det utføres gudstjenester, andakter og nattverd på sykehjemmet av sykehjemsprestene. Sykehjemsprestene kan lyse velsignelsen og lese Fadervår for kristne pasienter som er døende dersom de ønsker dette, og sykepleierne kan hjelpe pasientene å synge bordverset, be kveldsbønn og sette på

søndagsgudstjenesten på TV. Felles for alle disse ritualene er at dette er kristne ritualer. Åndelig omsorg omfatter imidlertid mer enn de kristne ritualene og religiøsitet generelt (Tveit, 2012, s. 156; Royal College of Nursing, 2011). Flere av informantene fortalte at de har erfaringer med pasienter som har andre trosretninger enn den kristne, og informantene etterlyste mer informasjon og opplæring i ritualer og seremonier innenfor de ulike religionene. En av informantene uttrykte seg slik:

Fordi jeg tror nok at det kommer til å komme flere og flere med utenlandsk bakgrunn på sykehjem etter hvert, ikke sant? Nå er det jo nordmenn, og det vet vi, hvordan de har seremoni, når de dør og alt sånne ting. Men islam, og så andre religioner, knyttet til andre religioner, de har en helt annen måte å stille en død. Da... Jeg savner bare en litt sånn... (...) liten sånn rutine til disse ulike religiøse seremoniene da. (BLOMST-S1)

De fleste av informantene nevnte at de hadde informasjon og kontaktadresse til andre samtalepartnere innenfor andre trossamfunn som de benytter seg av. Selv om halvparten av informantene hadde erfaringer med å benytte seg av samtalepartnere til andre trossamfunn, så nevnte en av presteinformantene at det er en ekstra terskel for å ringe dem: «Men det har vært liksom en bøl at man må ringe og bestille dem da. Så det er klart at det kan... Det er en fordel å være på stedet, selvfølgelig» (BLOMST-P). Noen av informantene nevnte viktigheten av å sikre likeverdig helsetjeneste, herunder at alle pasienter skal få ivaretatt sitt behov for religiøs utøvelse. Flere forskrifter eller rundskriv beskriver den enkelte pasients rett til å få ivaretatt sin tro og livssyn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 1; Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, § 1; Forskrift for sykehjem m.v., 1988, §4-6), og da må det gjelde uavhengig av hvilket livssyn og tro man har. Selv om det ikke er så stort mangfold av andre trossamfunn på sykehjem ennå, kan det bli et større mangfold med tiden, og da vil det bli aktuelt for pleierne å få større kjennskap til hvordan man kan ivareta disse ulike religiøse behovene til pasientene. I tillegg kan det være viktig å merke seg at det finnes ulike retninger innenfor hver religion også, og dermed ulike religiøse behov for den enkelte pasient. For å kunne sikre likeverdig helsetjeneste, så vil det dermed være sentralt å kartlegge den individuelle pasients behov for religiøs utøvelse.

## 5.2 Hvilke erfaringer har prester og sykepleiere av sammenhengen mellom ivaretagelse av slike behov og pasientenes livsmestring?

På spørsmålet som fokuserte på om livsmestring har en sammenheng med åndelig og eksistensiell omsorg, var alle informantene enige om at det har det. Det var imidlertid vanskeligere for dem å sette ord på hvordan denne livsmestringen kommer til uttrykk da de skulle besvare selve spørsmålet. Kan dette være et uttrykk for at begrepet livsmestring er så omfattende som gjør det for stort og vanskelig å måle, men også i den forstand at hvordan kan et menneske si noe om hvordan et annet menneske mestrer sitt liv? Siden informantene nærmet seg dette spørsmålet på andre deler av intervjuet, slik jeg nevnte i funnkapittelet, kan det være nærliggende å anta at informantene ikke ville være for bastante med å uttale seg om livsmestringen til et annet menneske.

### 5.2.1 Gir trygghet og gjenkjennelse

Flere av informantene kunne dele historier om at pasienter kunne få beroligende effekter av å få ivaretatt sine åndelige og eksistensielle behov. Noen informanter pekte på at ivaretagelsen av disse behovene kunne lindre både fysiske og psykiske smerter ved at de fikk fokuset vekk fra smerten, mens en annen informant nevnte at det kunne skape trygghet for pasientene å få ivaretatt disse behovene. Som jeg nevnte i innledningskapittelet, kan pasienter med demens kjenne på utrygghet i deres livsverden da de kan oppleve å ikke ha kontroll på eget liv (Rokstad, 2008b, s. 43). Her kan små berøringer eller en hånd å holde i bidra til å skape trygghet i deres tilværelse.

Kirkerådet (1999) skriver at ritualer og symboler kommuniserer til kroppen mer enn til hodet. Ved å ta i bruk de ulike sansene kan kroppen få ivaretatt sitt behov for blant annet symboler, bilder og stemning. Slik kan for eksempel en gudstjeneste bli et rom som et menneske kan komme med hele seg og sitt liv (s. 42). En gudstjeneste består som regel av salmesanger, lystenning, nattverd og kjente bønner som Fadervår. Under en gudstjeneste vil deltakerne derfor bruke mange av sansene sine: De vil høre sangene som blir sunget, de vil føle varmen og se lyset som blir tent ved lystenning, og de vil smake vinen under nattverden. Hele kroppen blir brukt siden de ulike sansene aktivt anvendes i ritualene. Derfor kan det være lettere å gjenkjenne og huske ritualer og symboler, selv når man har kognitiv svikt. En av informantene beskrev hvordan hun observerte hvordan pasientene våknet i hele kroppen

under gudstjenestene: «(...) Og da, da ser du liksom at folk, gamle slitne, litt bøyd i hodet, noen småsover, og så plutselig retter de ryggen og så smiler de» (HJERTE-P).

### 5.2.2 Styrking av pasientenes myndiggjøring

I innledningskapittelet skrev jeg at Helse- og omsorgsdepartementet hevder at over 80 % av sykehjemspasienter har en form for demenssykdom (2020, s. 33), og Rokstad (2008) forteller at personer med demens blir ekskludert fra samfunnet og ansett som inkompetente og belastende (s. 69). Mennesker med demens som har utfordringer med å ta vare på seg selv og dermed er avhengige av å få hjelp fra andre for å komme seg gjennom dagen, kan dermed også få lav selvfølelse og føle seg til bry for andre. Som jeg skrev i teorikapittelet, forklarer Nordstokke (2002) at kristent og helhetlig menneskesyn består av kropp og sjel, samt at det har en åndelig og sosial side. Et slikt kristent og helhetlig menneskesyn kan bidra til å ivareta menneskets verdighet og evner, selv når man blir svekket av akutte sykdommer eller blir skrøpelig med alderen (s. 25). Når en pasient merker at hukommelsen hans eller hennes svikter grunnet demenssykdom og ser på dette som et personlig nederlag, kan pleierne tilrettelegge for at pasienten kan se på de andre sidene ved seg selv som også utgjør en del av helheten til et menneske. På den måten kan pasienten finne verdier og evner på andre områder enn der pasienten vanligvis hentet sin verdi fra. Ifølge Nordstokke (2002) er også alle mennesker skapt til oppdrag for blant annet sine medmennesker og fellesskapet. Et slikt menneskesyn viser til at alle mennesker innehar både egenskaper og kvaliteter som bidrar til at mennesket kan leve konstruktivt og tjenlig i sine relasjoner. En av informantene beskrev evnen til mestring hos personer med demens på en andakt som hun hadde tilrettelagt for gruppen: «Og vi ser det veldig godt når vi har andakter og gudstjenester, at det er noe av det de mestrer aller best, personer med demens. Ja. De kan det utenat» (HJERTE-P). Når man bidrar til at mennesker finner sin styrke og sine kvaliteter og evner, samt hjelpe dem til å ta disse i bruk, kan det ses på som *empowerment*.

Empowerment i diakonal kontekst handler om myndiggjøring av mennesket, å øke menneskets bevissthet rundt dets egne evner og gaver, og hjelpe ham eller henne til å anvende dem slik at verdigheten til mennesket bevares (Jordheim, 2009a, s. 205; The Lutheran World Federation, 2009, s. 46; World Council of Churches, 2005, s. 7). Videre forklarer Ham (2014) empowerment med at mennesket i utgangspunktet er styrket med Guds gaver og evner ved å være skapt i Guds bilde. Med et slikt utgangspunkt vil det være

fokus på å oppnå menneskets potensiale og deres evner (s. 110-111). Samtlige av informantene mine hadde eksempler på egne erfaringer der ritualer kunne gi ulike former for livsmestring i den grad at de mestret de oppgavene de fikk ta del i: «Noen deltar i velsignelsen, de trenger ikke sangbok, de kan gamle sangene. (...) Og så blir det liksom, dette kan jeg, dette får jeg til» (HJERTE-P). Eller som en annen uttrykte det: «Vi har jo slagpasienter uten språk, men så har de vært med på andakt, og da synger de. (...) Det er noe som ligger i dem» (HJERTE-S2). Som også beskrevet i kapittel 4.3.1, hadde informanter historier om at det personer med demens mestrer aller best, er å synge salmer og være aktivt med på andakter.

Det finnes litteratur på at musikk kan virke positivt inn på personer med demens. Slik jeg presenterte i teorikapittelet, skriver Kvamme (2020) at det finnes mange ulike eksempler i litteraturen på at musikk har mulighet til å nå inn til personer som er rammet av demens (s. 10), og Rokstad skriver at musikk i demensomsorgen blant annet skal bidra til å vekke minner og fremme positive opplevelser (s. 163). Slik som en av informantene beskrev det: «Når jeg ikke kan snakke med deg, så kan jeg synge med deg. Og så synger vi samme sangen. Og da snakker vi» (HJERTE-P). For personer med demens kan det være utfordrende å utføre daglige gjøremål, noe som kan føre til passivitet og begrenset kontakt med andre mennesker. Her kan musikken brukes som meningsfull aktivitet for dem, til å kommunisere med pasientene, og til å skape trivsel (Kvamme, 2020, s. 10). Slik kan pasientene bli bevisst sine evner og oppleve at de mestrer noe i livet sitt når andre daglige gjøremål blir for utfordrende å utføre. Når pasientene mestrer å synge med på salmene kan dette bidra til å styrke deres opplevelse av å bli myndiggjort.

Ham (2014) har utviklet en modell han kaller *Empowering Diakonia* som jeg presenterte i kapittel 2.1.2. Modellen består blant annet av en behovsorientert dimensjon som aktiverer et menneske til diakonale handlinger ved å se andres behov, uten å gjøre den andre til et objekt man skal gi omsorg og hjelp til. Man er altså vitne til svikt i menneskets behov, og dette aktiverer ens verdier til å utøve diakonale handlinger (s. 111-113). For en sykepleier på sykehjem kan det være lett å gjøre en pasient til objekt for hjelp og omsorg, noe som kan gjøre det utfordrende å utføre denne diakonale handlingen. Det kreves derfor en ekstra bevissthet blant sykepleierne, slik at man unngår å gjøre pasienten om til et objekt, og det

blir viktig å se på den andre som et verdifullt menneske; selv i en fase av livet hvor man er fysisk og psykisk skrøpelig. Her kan det igjen være nyttig å se på Nordstokkes beskrivelse av det kristne og helhetlige menneskesynet, som beskrevet i begynnelsen av dette delkapittelet (Nordstokke, 2002, s. 25). Ham (2014) knytter menneskets potensiale til evnene og gavene det har fått ved å være skapt i Guds bilde og som skal brukes til å tjene Guds vilje (s. 111). Ved å bruke et kristent og helhetlig menneskesyn til å løfte frem menneskets evner fremfor dets alder og skrøpeligheit, samt å rette fokus på menneskets potensiale i form av Guds gaver og evner som mennesket i utgangspunktet er utrustet med, kan dette bidra til diakonal handling.

For å illustrere og forklare dette tydeligere, tar jeg med et eksempel som jeg fikk fra en av informantene. Som nevnt innledningsvis i dette underkapittelet så er det kjent at flesteparten av pasientene på sykehjem har en form for demens. En av presteinformantene fortalte at hun holder en form for andakt som er tilrettelagt for personer med demens, nettopp for å møte det behovet de har ut fra sin demenssykdom. På den måten kan sykehjempasientene delta i en gudstjeneste slik de har behov for. Samtidig kan de gi noe tilbake til fellesskapet i gudstjenesten (som å delta i nattverd eller å synge sammen), noe som er i tråd med diakonale fellesskap. Mennesker er jo, ifølge Nordstokke (2002) skapt til relasjon med hverandre og skapt til å inneha kvaliteter som er nyttige i sine relasjoner (s. 24).

### **5.2.3 Diakonale verdier i tråd med Martinsens omsorgsteori innenfor sykepleie?**

Slik jeg hittil har belyst i kapittel 5.2 kan ivaretagelsen av en pasients åndelige og eksistensielle behov bidra til å skape livsmestring, både ved få ta imot og gi noe i et fellesskap og ved styrking av pasientens myndiggjøring. Her ligger fokuset på pasientens egne evner og å utruste dem til å mestre sitt eget liv. Dette står i motsetning til sykepleieteoretiker Kari Martinsens omsorgsbegrep som tar for seg hvordan mennesket er avhengige av hverandre som jeg redegjorde for i teorikapittelet (Martinsen, 2003, s. 14). Som nevnt innledningsvis til hele oppgaven, har samhandlingsreformen ført til at pasientene har blitt både eldre og sykere enn før (St. Meld nr. 47, s. 111). Dette kan føre til at pasientene har blitt mer pleietrengende og dermed mer avhengige av andres hjelp enn tidligere. I tillegg har pasientene som regel opplevd tunge livsomveltninger i livet, i form av blant annet forandring i livssituasjon ved å flytte på sykehjem, sorg etter å ha mistet sine



foreldre eller tap av sin fysiske eller psykiske funksjon. Dette kan bidra til å gjøre pasientene sårbare og dermed settes i en posisjon hvor det er helt nødvendig at de trenger hjelp, støtte og omsorg fra andre for at pasientene skal kunne ha et verdig og verdifullt liv.

Ut fra materialet mitt presentert i kapittel 4, virker det som om alle informantene ønsket å bygge opp under pasientenes egenomsorg og det å kunne la pasientene kjenne på livsmestring i form av at pasientene selv kunne mestre sin egen hverdag og aktiviteter som fulgte med. Samtlige av informantene var tydelige på at de ikke skulle pådytte noen å være med på andakt eller gudstjeneste dersom de ikke ønsket dette. Avhengighetsrelasjoner vil alltid være preget av makt, men dersom man mestrer å bruke makten til å ha solidaritet med den svake, er man moralsk ansvarlig, ifølge Martinsen (2003, s. 17). Det kan virke som om informantene mine var både bevisste på sin rolle som den som skal ivareta pasienten i deres relasjon preget av generalisert gjensidighet. Ut fra det informantene fortalte enten om sin varhet med sin rolle og autoritet som prest eller sykepleierne som ikke pådyttet noen å snakke med prest eller å delta på andakter og gudstjenester, kan det virke som om de har reflektert over maktubalansen som befinner seg i relasjonen med pasientene. Det viktigste er at pleierne og prestene handler i solidaritet med den svake andre, er til stede i relasjonen med hele seg, og utøver en personsentrert omsorg hvor premissene og forutsetningene ligger i den livssituasjonen og tilstanden som pasienten befinner seg i. Når disse faktorene ligger til grunn i relasjonen mellom den profesjonelle og pasienten, så kan den profesjonelle tilrettelegge for å styrke pasientens egen opplevelse av myndiggjøring. Et godt eksempel på dette kan være damen som trengte hjelp til å folde hendene som jeg nevnte i kapittel 4.3.1:

Ei dame på slutten var veldig urolig under en andakt. (...) Så stoppet jeg i andakten, og så går jeg bort og spør «hva kan jeg hjelpe deg med?». Og så sier hun: «Hjelp meg å be». Hun frøs sånn, så noen hadde tullet et pledd rundt henne, så hun fikk ikke foldet hendene. (HJERTE-P)

Her kommer det frem hvordan pasienten er avhengig av hjelp fra sykepleieren siden pasienten ikke er selvhjulpen. Likevel trenger ikke presten å be hele bønnen for pasienten, bare hjelpe pasienten til å folde hendene, så kan vedkommende mestre å be bønnen selv. Martinsen (2003) skriver at makten som alltid vil befinne seg i avhengighetsrelasjoner ikke trenger å være negativ, så lenge man handler ut fra ansvaret for den svake (s. 17). I dette

eksempelet viser presten bevissthet rundt og ansvar for sin makt i relasjonen til pasienten, og ikke utøver makt mot pasienten. Spørsmålet «Hva kan jeg hjelpe deg med?» kan også ses på som et diakonalt spørsmål da man tar utgangspunkt i den andres ønske og ikke gjør det som man antar at den andre ønsker.

### **5.3 Hvilke forskjeller kommer til syne mellom et kommunalt og et diakonalt sykehjem rundt ivaretakelsen av pasientenes åndelige og eksistensielle behov?**

Som tidligere skrevet i oppgaven har jeg et begrenset datamateriale som kun omfatter to sykehjem (ett kommunalt og ett diakonalt sykehjem), og tre representanter fra hvert sykehjem. Jeg vil derfor være forsiktig med å generalisere funnene mine, men heller drøfte hva jeg fant ut med utgangspunkt i det materialet jeg har til rådighet, samt opplysninger fra hjemmesiden til sykehjemmene.

#### **5.3.1 Informantenes erfaringer og utsagn**

Alle informantene var enige i at samarbeidet med hverandre var godt.

Sykepleierinformantene beskrev hvordan presten var tilgjengelig, fleksibel, at det var lav terskel for å ringe presten og at de har åpen dialog sammen. Presteinformantene fortalte at det var lett å jobbe sammen med og forholde seg til pleierne. Den distinkte forskjellen jeg kunne finne på det som ble sagt, var samarbeidet presteinformantene hadde med sykehjemmets ledelsesnivå. Presteinformanten på det kommunale sykehjemmet følte at det ikke ble vist noe interesse for hennes arbeid og tilstedeværelse på institusjonen av ledelsen. Presteinformanten på det diakonale sykehjemmet kunne derimot meddele at hun var inkludert i den utvidede ledergruppen på sykehjemmet og hadde tett tverrfaglig samarbeid med andre faggrupper på sykehjemmet.

Begge presteinformantene antok at den åndelige betjeningen ville være mer fremtredende på diakonale sykehjem enn på kommunale sykehjem. Presteinformanten på det kommunale sykehjemmet begrunnet det med at når sykehjemmet har et fundament med diakonal forankring, vil det være nærliggende å anta at det blir en større bevissthet rundt den åndelige betjeningen på sykehjemmet.

Et interessant funn jeg bet meg merke i var da en av sykepleierinformantene på det kommunale sykehjemmet fortalte at hun så på presten deres (BLOMST-P) som en ressurs

som kunne brukes for å se til pasientene i en middagssituasjon, slik at pleierne kunne ha et personalmøte. Dette fikk meg til å undre meg over følgende spørsmål: Kan det være slik at presten blir brukt fordi hun og hennes presterolle for mange pasienter blir sett på som en trygg tilstedeværelse? Eller blir presten brukt som ekstra arbeidskraft så pleierne kan gjøre andre oppgaver? Hva kunne ha skjedd dersom en pasient som sitter i rullestol måtte på toalettet, eller om en annen pasient uttrykker smerter i brystet? Prestenes ansvarsoppgaver omfatter ikke i å hjelpe pasienter på toalettet, og prestene har nødvendigvis ikke den fullstendige oversikten over sykdommene til pasientene som kan indikere om pasienten kan ha begynnende hjerteinfarkt eller om det er en kjent angst som skaper trykk i brystet. Dessuten har ikke presten nødvendigvis den helsefaglige kompetansen til å sette i gang riktig behandling raskt. Sykehjemspresten på det kommunale sykehjemmet fortalte at hun opplevde at sykehjemmets ledelse viser liten interesse for hennes funksjon og rolle som prest. Hvis ikke sykehjemmet anerkjenner prestens rolle på sykehjemmet og heller ikke ser viktigheten med den åndelige betjeningen, kan det føre til at pasientenes åndelige og eksistensielle behov ikke blir sett på som viktige.

### 5.3.2 Sykehjemmenes verdigrunnlag

Som nevnt i innledningen, gikk jeg inn på hjemmesidene til sykehjemmene og lette frem verdiene som sykehjemmene ønsket å identifisere seg med. Dette snakket jeg ikke med informantene mine om og om hvorvidt de arbeidet med disse verdiene i deres arbeidshverdag, så dette er ikke tilstrekkelig informasjon for å kunne sette konklusjon eller generalisere funnene mine ut fra det jeg fant her. Jeg tok likevel dette punktet med for å hente litt mer opplysninger fra de ulike sykehjemmene slik at jeg hadde et bedre utgangspunkt til drøftingen. Her så jeg at det kommunale sykehjemmet hadde disse verdiene: God atmosfære, god kompetanse og gode omgivelser. Det diakonale sykehjemmet hadde verdiene respekt, omsorg og rettferdighet, og de ønsket å være et sykehjem hvor de eldre trives, som betyr noe for lokalmiljøet, og hvor ansatte synes det er godt å jobbe.

Etter å ha undersøkt nærmere verdiene til det kommunale sykehjemmet på hjemmesiden deres, fant jeg beskrivelser av hva verdiene stod for. God atmosfære kunne blant annet vise seg som at pasientene får gode måltidsopplevelser. God kompetanse kunne vise seg som at de ulike fagprofesjonelle på sykehjemmet sørger for at pasientene får god oppfølging. Gode

omgivelser kunne vise seg som at uteplassen er godt tilrettelagt for at pasientene kan få gode opplevelser ute i frisk luft.

Da jeg undersøkte verdiene på det diakonale sykehjemmet, forklarer de blant annet at trivsel på jobb bidrar til lavt sykefravær og at ansatte blir lenge i stillingene sine. Dette kan føre til at de ansatte blir godt kjent med pasientene og omvendt, de kan utvikle trygge og gode relasjoner med dem og sikre personsentrert omsorg. Ved å rette fokus på lokalmiljøet, det å være tydelig posisjonert i lokalmiljøet, kan sykehjemmet bedre samarbeide med blant annet lokale aktører og frivillige. Presten på det diakonale sykehjemmet nevnte for eksempel hvordan pasientene kunne delta på en gudstjeneste i et lokalt kirkerom på *Eldres Kirkedag*. Her kan det synes som at det diakonale sykehjemmet både er opptatt av at fellesskapet innad på sykehjemmet skal være et sted for trivsel for alle, samt at sykehjemmet inngår i et større fellesskap hvor hele lokalmiljøet inkluderes. Et fellesskap som er inkluderende og godt å være en del av, er ett av hovedområdene til diakonien (Kirkerådet, 2020, s. 4).

På hjemmesiden til begge sykehjemmene var det presisert at de hadde en prestetjeneste, og kontaktadressen er synlig for besøkende av nettsiden. Forskjellen var at det diakonale sykehjemmet hadde lagt til at de har et livssynsåpent seremonirom. Dermed legges det til rette for at mennesker med ulike livssyn og religioner skal kunne bruke og finne mening i rommet, i tråd med hvordan Kirkerådet (2020) beskriver diakonale verdier som blant annet inkluderende fellesskap (s. 4).

Når det gjelder verdier på sykehjem så er det viktig at det foreligger en verdibevissthet hos ledelsen. Arbeidshverdagen til sykepleierne kan være veldig hektiske eller at de har for mange arbeidsoppgaver som fører til at disse behovene blir oversett, slik som forskning jeg har tidligere pekt på viser (Baldacchino, 2015, s. 594). Flere av informantene understøttet denne forskningen da de fortalte hvordan COVID-19-pandemien hadde preget deres arbeidshverdag på sykehjemmet. De beskrev en tid hvor personalet fokuserte mer på smittevern og det å overleve fra dag til dag med pleiere uten erfaring og faglig kompetanse, noe som førte til at de åndelige og eksistensielle behovene ble neglisjert. Når det er kjent at en sykepleierhverdag på sykehjem kan omfatte mange arbeidsoppgaver og kan være hektiske og stressende, kan det være lett for sykepleieren at sykehjemmets verdier drukner bort i alle gjøremålene sykepleierne har. Derfor vil det være viktig at det er en

verdibevisthet hos ledelsen, som igjen kan forankre verdiene sine hos ansatte ved institusjonen. På den måten er det større mulighet for ansatte å se viktigheten med sykehjemmets verdier og å kunne implementere dem i sin egen arbeidshverdag.

Av de forskjellene som i kapittel 5.3 har kommet til syne gjennom sammenlikning av et diakonalt og et kommunalt sykehjem, kan det tyde på at det er større rom for ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov på diakonale sykehjem da deres diakonale verdier og menneskesyn forankret i den kristne tro eksplisitt legger til rette for at disse behovene skal anerkjennes.

## 6 Oppsummering og videre utfordringer

I min studie har jeg forsket på hvordan man kan ivareta åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem. Gjennom mine seks informanter har jeg fått innblikk i hvilke arbeidsoppgaver de utfører for å ivareta åndelige og eksistensielle behov hos sine pasienter, blant annet gjennom ritualer, samtaler, kartlegging og videreformidling. Det er viktig å bemerke seg at det finnes ulike religiøse uttrykk innenfor alle trosretninger, og det gjelder derfor å finne den individuelle behov for åndelig og eksistensiell omsorg.

Det ble løftet frem viktigheten av å se på åndelige og eksistensielle behov som en del av pasientenes helhetlige omsorg. Ved å sette de åndelige og eksistensielle behovene i et helhetlig perspektiv og anerkjenne hvordan menneskets fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjoner henger sammen, kan det bli lettere å se viktigheten av disse behovene og dermed ivareta dem. Informantene hadde også flere erfaringer med at ivaretagelsen av pasientenes åndelige og eksistensielle behov kan igjen ha noe å si for pasientenes livsmestring.

I tråd med det multikulturelle samfunnet vi er en del av, kom det frem at det med tiden vil komme flere pasienter med en annen kulturell bakgrunn og trosretning enn den kristne som det finnes flest av på sykehjem og som pleierne er mest vant til. Her vil det være viktig at pleierne får opplæring i ivaretagelse av behov som pasientene har knyttet til andre religioner og livssyn enn den tradisjonelle kristendommen.

Ut fra verdiene beskrevet på hjemmesiden til det kommunale og det diakonale sykehjemmet, fikk jeg inntrykk av at det diakonale sykehjemmet hadde tydeligere diakonale verdier og et menneskesyn som kunne tilrettelegge for større oppmerksomhet rundt de åndelige og eksistensielle behovene. Samarbeidet mellom pleierne og prestene var godt på begge sykehjem, men prestene opplevde ulik grad av engasjement for deres rolle fra sykehjemmets ledelse.

Ut fra mine funn er det således stor interesse for å ivareta de åndelige og eksistensielle behovene til pasienter på sykehjem. Likevel har jeg funnet ut at disse behovene fort kan bli glemt i en hektisk hverdag, og at begrepet *åndelig* kan defineres på ulike måter. En bred begrepsforståelse kan føre til at det blir diffust og vanskelig å vite når man utfører åndelig og

eksistensiell omsorg, og nettopp derfor vil det være det være nyttig å skape en god forståelse av begrepene. Her tenker jeg at sykehjemsprestene kan ha en sentral rolle i opplæring av pleiepersonell, blant annet gjennom kursing på sykehjemmene.

Alle som involveres i omsorgen til pasientene bør altså ha en bevissthet rundt hva de åndelige og eksistensielle behovene innebærer. Her mener jeg det kan være lurt at en slik bevissthet ligger forankret i sykehjemmets ledelse. Dersom ledelsen velger å fokusere på ivaretagelsen av disse behovene, kan sjansene øke for at sykehjemmet videre får implementert dette fokuset hos sine ansatte. Videre tenker jeg at det fordrer at den enkelte ansatte også har et ønske om og ser viktigheten av å ivareta disse behovene. På den måten blir ivaretagelsen av åndelige og eksistensielle behov en naturlig og integrert del av pleiernes arbeidsoppgaver.

## 7 Litteraturliste

Baldacchino, D. (2015). Spiritual Care Education of Health Care Professionals. *Religions*, 6(2), s. 594-613. Doi:10.3390/rel6020594

Bjørndal, Ø. (2001). *Helse, liv og mot: Om ritualer og symboler i hverdag og helse*. Tapir Liturgisk senter.

Brinchmann, B. S. & Odland, L.-H. (2021). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (5. utg., s. 25-42). Gyldendal Akademisk.

Børresen, A. J. & Bjønnes, I. M. (2001). Ritualer, symboler og symbolhandlinger i sjelesorgen. I Ø. Bjørndal (Red.), *Helse, liv og mot: Om ritualer og symboler i hverdag og helse* (s. 42-62). Tapir Liturgisk senter.

Danbolt, L. J. & Stifoss-Hanssen, H. (2007). *Gråte min sang: minnegudstjenester etter store ulykker og katastrofer*. Høyskoleforlaget.

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora* (5. utg.). De nasjonale forskningsetiske komiteene.

Eide, Ø. E. (2014). *Forståelse og fordypning: Perspektiv på den sjelesørgeriske samtalen*. Luther.

Engedal, K. (2021, 17. februar). *Demens*. Store medisinske leksikon. Hentet 02. mai 2022 fra <https://sml.snl.no/demens>

Espedal, G. (2015). *Løsningsfokuset sjelesorg*. Gyldendal Akademisk.

Fangen, K. (2010). *Deltakende observasjon* (2. utg). Fagbokforlaget.

Forskrift for sykehjem m.v. (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie* (FOR-1988-11-14-932). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>

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



Grevbo, T. J. S. (2006). *Guds masker i sjelesorgen: hvordan forholde seg til det guddommelige maskespill teoretisk og praktisk?* Institutt for Sjelesorg – Modum Bad.

Grevbo, T. J. S. (2018). *Sjelesorg i teori og praksis: en lærebok og håndbok med mange perspektiver*. Luther.

Ham, C. E. (2014). Empowering Diakonia: A Perspective From the World Council of Churches. I S. Dietrich, K. Jørgensen, K. K. Korslien & K. Nordstokke (Red.), *Diakonia as Christian Social Practice: An Introduction* (s. 107-120). Regnum.

Haugen, H. M. (2018). *Diakoni i velferdssamfunnet: Mangfold og dilemmaer*. Fagbokforlaget.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Rett til egen tros- og livssynsutøvelse*. (Nr. 1-6/2009 [Rundskriv]. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-62009-rett-til-egen-tros--og-livssynsu/id587577/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplan 2025*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg). Abstrakt Forlag.

Jordheim, K. (2009a). «Barnediakoni» - i lys av trosopplæringsreformen. I K. I. Johannessen, K. Jordheim & K. K. Korslien (Red.), *Diakoni: en kritisk lesebok* (s. 195-214). Tapir Akademisk Forlag.

Jordheim, K. (2009b). Plan for diakoni i Den norske kirke – en presentasjon. I K. I. Johannessen, K. Jordheim & K. K. Korslien (Red.), *Diakoni: en kritisk lesebok* (s. 13-28). Tapir Akademisk Forlag.

Jordheim, K. & Korslien, K. K. (2010). *Diakoni og samhandling. Diakonifaglige innspill til Samhandlingsreformen*. Diakonhjemmet Høgskole.

Kirkerådet (1999). *Kirken i møte med den åndelige lengsel i vår tid*. Kirkerådet.

Kirkerådet. (2020). *Plan for diakoni i Den norske kirke*. Kirkerådet.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Kvamme, T. S. (2020). *Å finne tonen: om musikk og demens*. Forlaget aldring og helse.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* (FOR-2003-06-27-792). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Molzahn, A. E. & Sheilds, L. (2008). Why is it so hard to talk about spirituality? *Canadian nurse*, 104(1), s. 25-29.

Nielsen, R. (2016). *Det nødvendige nærvær – en bog om sjælesorg*. Eksistensen.

Nissen, J. (2008). *Diakoni og menneskesyn*. Aros.

Nordre Follo. (2020). *Livsmestring for eldre*. [Rapport]. Hentet 11. mai 2022 fra <https://nordrefollo.custompublish.com/getfile.php/4559902.2585.77ugmbmqkqjip/Ferdig+rapport+Livsmestring.pdf>

Nordstokke, K. (2002). *Det dyrebare mennesket: Diakoniens grunnlag og praksis*. Verbum.

Nordstokke, K. (2014). The study of diakonia as an academic dicipline. I S. Dietrich (Red.), *Diakonia as Christian social practice: An introduction* (s. 46-61). Regnum.

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

NOU 2013: 1. (2013). *Det livssynsåpne samfunn – En helhetlig tros- og livssynspolitikk*.

Kulturdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/eecd71cd8f2a4d8aabdf5a7742e96b4d/no/pdfs/nou201320130001000dddpdfs.pdf>

Okkenhaug, B. (2002). *Når jeg ser ditt ansikt: Innføring i kristen sjelesorg*. Verbum.

Overgaard, A. E. (2003). *Åndelig omsorg – en lærebog: Kari Martinsen, Katie Eriksson og Joyce Travelbee i nyt lys*. Nyt nordisk forlag Arnold Busck.

Rokstad, A. M. M. (2008a). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 60-86). Akribe.

Rokstad, A. M.M. (2008b). Hva er demens?. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 27-45). Akribe.

Rokstad, A. M. M. (2008c). Miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 152-179). Akribe.

Royal College of Nursing. (2011). *Spirituality in nursing care: a pocket guide*. Hentet 16. mai 2022 fra [https://www.elament.org.uk/media/1205/spirituality\\_in\\_nursing\\_care-rcn\\_pocket\\_guide.pdf](https://www.elament.org.uk/media/1205/spirituality_in_nursing_care-rcn_pocket_guide.pdf)

Sandvik, O., Røkholt, E. G., Bugge, K. E. & Sandanger, H. (2018). Tap, sorg og livet videre. I E. G. Røkholt, K. Bugge, Sandvik, O. & H. Sandanger (Red.), *Sorg* (2. utg., s. 11-30). Fagbokforlaget.

Schmidt, H. (2014). *Har du tid til det, da?: Om åndeligomsorg i sykepleien*. Fagbokforlaget.

- Stifoss-Hanssen, H. & Kallenberg, K. (1998). *Livssyn og helse: Teoretiske og kliniske perspektiver*. Ad Notam Gyldendal.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- The Lutheran World Federation. (2009). *Diakonia in Context: Transformation, Reconciliation, Empowerment*. <http://hdl.handle.net/11250/99119>
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Gyldendal Akademisk. (Opprinnelig utgitt 1971).
- Tveit, B. (2012). Åndelig omsorg – fagidentitet og profesjonelt ansvar. I T. Danbolt & G. Nordhelle (Red.), *Åndelighet – mening og tro: Utfordringer i profesjonell praksis* (s. 154-166). Gyldendal Akademisk.
- Verdighetsgarantien. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg* (FOR-2010-11-12-1426). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>

## **Vedlegg 1: NSD sin vurdering**

### **Referansenummer**

668431

### **Prosjekttittel**

Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem

### **Behandlingsansvarlig institusjon**

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for teologi, diakoni og ledelsesfag / Fakultet for teologi, diakoni og ledelsesfag Oslo

### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Kari Jordheim, kari.jordheim@vid.no, tlf: 22451913

### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

### **Kontaktinformasjon, student**

Anabel Eidås Askerud, anabel.askerud@yahoo.no, tlf: 99493751

### **Prosjektperiode**

01.01.2022 - 20.06.2022

### **Vurdering (1)**

---

#### **21.01.2022 – Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 21.01.2021 med vedlegg. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om religion frem til 20.06.2022.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med

kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a. 06.05.2022, 10:33

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/61bc3b19-02b0-47a0-ba94-1c502574b53b 2/2>

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

## PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

## MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til Personverntjenester ved å oppdatere meldeskjemaet.

Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-imeldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos oss: Olav Rosness, rådgiver.

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv til sykehjemsprester

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### *Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem?*

Mitt navn er Anabel Eidås Askerud. Jeg tar master i diakoni og skal nå skrive masteroppgaven min. I den forbindelse skal jeg utføre et forskningsprosjekt. Dette er et spørsmål til deg om å delta i mitt forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan man kan ivareta åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette forskningsprosjektet er en masteroppgave innenfor diakoni. Opplysningene som blir behandlet skal ikke brukes til andre formål enn masteroppgaven. Problemstillingen er: *«Hvordan kan man ivareta åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem?»*

Prosjektet skal undersøke hva det har å si at pasientene får ivaretatt sine åndelige og eksistensielle behov. Jeg skal også sammenlikne sykehjem drevet av diakonale stiftelser med kommunale sykehjem. Informantene til forskningsprosjektet vil både være sykehjemsprester og sykepleiere som er ansvarlige for samme pasientgruppe. Videre har jeg satt meg flere forskningsspørsmål jeg vil undersøke:

*Er det en forskjell i bevissthet rundt ivaretagelsen av åndelige og eksistensielle behov på kommunale og diakonale sykehjem? Hvordan kommer dette eventuelt til uttrykk?*

*På hvilken måte er det samsvar i det sykehjemsprester og sykepleiere på samme sykehjem forteller om ivaretagelsen av åndelige og eksistensielle behov hos pasientene?*

*Hva kan ivaretagelsen av pasientenes åndelige og eksistensielle behov ha å si for pasientenes livsmestring?*

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

VID Vitenskapelige Høgskole er ansvarlig for prosjektet. Den prosjektansvarlige for forskningsprosjektet er Kari Jordheim. Men det er jeg, Anabel, som skal gjennomføre prosjektet og tar dermed ansvar for en god gjennomføring.



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

Jeg vil finne informanter tilknyttet tre sykehjem; to kommunale sykehjem og ett sykehjem som er drevet av en diakonal stiftelse, og det må være en prest tilknyttet sykehjemmene jeg velger. Av informantene som er prester ønsker jeg at én av dem er tilknyttet sykehjem av diakonal stiftelse og én av dem er tilknyttet kommunale sykehjem. Siden prester har mulighet til å være tilknyttet flere sykehjem, kan det være tilstrekkelig med én prest på kommunale sykehjem.

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

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at jeg skal utføre et intervju av deg som vil ta ca. 45 minutter. Intervjuet inneholder spørsmål om åndelige og eksistensielle behov og om samarbeidet mellom sykehjemmet og prestetjenesten. Spørsmålene kan være f. eks: *«Hvilke erfaringer har du med åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem?»* eller *«Hvordan opplever du at samarbeidet og kommunikasjonen med sykehjemmet er?»*. Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert på lydopptak, samt at det vil tas notater på intervjuet.

### **Det er frivillig å delta**

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

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

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

Det vil ikke være nødvendig med noen personopplysninger i prosjektet annet enn for å kontakte deg for å avtale møte for intervju. Disse personopplysningene (navn, mailadresse og arbeidssted) vil bli oppbevart på en mail som er beskyttet med brukernavn og passord.

Intervjuene blir tatt opp på en ekstern opptaker som jeg får låne fra VID Vitenskapelige Høgskole. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Disse kodene vil vi også bruke på notatene som tas under intervjuet. På den måten skal det ikke være mulig å identifisere deg.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 20.06.2022. Ved prosjektslutt sletter jeg båndopptakene og makulerer den kodede navnelisten og notatene som er tatt fra intervjuet.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID Vitenskapelige Høgskole har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

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

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

- VID Vitenskapelige Høgskole ved Kari Jordheim (prosjektansvarlig og veileder). Mail: [kari.jordheim@vid.no](mailto:kari.jordheim@vid.no)
- Vårt personvernombud: Nancy Yue Liu. Mail: [nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no](mailto:nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Kari Jordheim  
(Forsker/veileder)

Anabel Eidås Askerud  
(Student)

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem*», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at det tas notater og lydopptak under intervjuet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3: Informasjonsskriv til sykepleiere

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### ***Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem?***

Mitt navn er Anabel Eidås Askerud. Jeg tar master i diakoni og skal nå skrive masteroppgaven min. I den forbindelse skal jeg utføre et forskningsprosjekt. Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan man kan ivareta åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette forskningsprosjektet er en masteroppgave innenfor diakoni. Opplysningene som blir behandlet skal ikke brukes til andre formål enn masteroppgaven. Problemstillingen er: *«Hvordan kan man ivareta åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem?»*

Prosjektet skal undersøke hva det har å si at pasientene får ivaretatt sine åndelige og eksistensielle behov. Jeg skal også sammenlikne sykehjem drevet av diakonale stiftelser med kommunale sykehjem. Informantene til forskningsprosjektet vil både være sykehjemsprester og sykepleiere som er ansvarlige for samme pasientgruppe. Videre har jeg satt meg flere forskningsspørsmål jeg vil undersøke:

*Er det en forskjell i bevissthet rundt ivaretagelsen av åndelige og eksistensielle behov på kommunale og diakonale sykehjem? Hvordan kommer dette eventuelt til uttrykk?*

*På hvilken måte er det samsvar i det sykehjemsprester og sykepleiere på samme sykehjem forteller om ivaretagelsen av åndelige og eksistensielle behov hos pasientene?*

*Hva kan ivaretagelsen av pasientenes åndelige og eksistensielle behov ha å si for pasientenes livsmestring?*

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

VID Vitenskapelige Høgskole er ansvarlig for prosjektet. Den prosjektansvarlige for forskningsprosjektet er Kari Jordheim. Men det er jeg, Anabel, som skal gjennomføre prosjektet og tar dermed ansvar for en god gjennomføring.

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

Vi vil finne informanter tilknyttet tre sykehjem; to kommunale sykehjem og ett sykehjem som er drevet av en diakonal stiftelse, og det må være en prest tilknyttet sykehjemmene jeg velger. Jeg vil finne seks sykepleierinformanter som alle jobber på sykehjem som prestene har ansvaret for. Fire av sykepleierne skal være tilknyttet de kommunale sykehjemmene og de andre to er tilknyttet sykehjemmene drevet av diakonal stiftelse. Av disse ønsker jeg også å finne sykepleierinformanter som jobber på skjermede avdelinger.

Ut fra de prestene jeg velger til informanter, finner jeg sykepleiere som er tilknyttet de sykehjemmene som prestene har ansvaret for. Jeg vil kontakte institusjonsleder på den aktuelle institusjonen og høre om de har noen sykepleiere som kan stille til mine intervjuer.

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

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at jeg skal utføre et intervju av deg som vil ta ca. 45 minutter. Intervjuet inneholder spørsmål om åndelige og eksistensielle behov og om samarbeidet mellom sykehjemmet og prestedtjenesten. Spørsmålene kan være f. eks: *«Hvilke erfaringer har du med åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem?»* eller *«Hvordan opplever du at samarbeidet og kommunikasjonen med prestedtjenesten er?»*. Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert på lydopptak samt at det vil tas notater på intervjuet.

### **Det er frivillig å delta**

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

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

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

Det vil ikke være nødvendig med noen personopplysninger i prosjektet annet enn for å kontakte deg for å avtale møte for intervju. Disse personopplysningene (navn, mailadresse og arbeidssted) vil bli oppbevart på en mail som er beskyttet med brukernavn og passord.

Intervjuene blir tatt opp på en ekstern opptaker som jeg får låne fra VID Vitenskapelige Høgskole. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Disse kodene vil jeg også bruke på notatene som tas under intervjuet. På den måten skal det ikke være mulig å identifisere deg.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 20.06.2022. Ved prosjektslutt sletter jeg båndopptakene og makulerer den kodede navnelisten og notatene som er tatt fra intervjuet.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID Vitenskapelige Høgskole har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

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

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

VID Vitenskapelige Høgskole ved Kari Jordheim (prosjektansvarlig og veileder). Mail: [kari.jordheim@vid.no](mailto:kari.jordheim@vid.no)

Vårt personvernombud: Nancy Yue Liu. Mail: [nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no](mailto:nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Kari Jordheim  
(Forsker/veileder)

Anabel Eidås Askerud  
(Student)

---

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem*», og har fått anledning til å stille spørsmål.  
Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at det tas notater og lydopptak under intervjuet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 4 Intervjuguide til sykehjemsprester

### INTERVJUGUIDE TIL SYKEHJEMSPRESTER

*Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem.*

Dato: \_\_\_\_\_ Institusjon: \_\_\_\_\_

<b>Fase 1: Oppstart</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Takke for oppmøte</li><li>• Repetere informasjon fra informasjonsskrivet</li><li>• Be om samtykke til opptak</li><li>• Start opptak</li></ul>
<b>Fase 2: Informantens bakgrunn</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hva er din utdanning og arbeidserfaring?</li><li>• Hva er din nåværende jobb og hvor lenge har du vært i denne jobben?</li><li>• Hva var motivasjonen din for å jobbe der du er nå?</li></ul>
<b>Fase 3: Åndelige og eksistensielle behov og ivaretagelse av dem</b>	<p><u>Åndelige og eksistensielle behov</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hvordan vil du forklare åndelige behov?</li><li>• Hvordan vil du forklare eksistensielle behov?</li><li>• Hvilke erfaringer har du med åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem?</li><li>• Hvilke åndelige og/eller eksistensielle temaer er pasientene opptatte av?</li><li>• Hvordan kan du se om pasientene har åndelige og eksistensielle behov som de ønsker å snakke om?</li><li>• Hvordan får du vite om det finnes noen pasienter som har spesielle åndelige og eksistensielle behov?</li><li>• Hvordan opplever du at pleierne på sykehjemmet er bevisst på pasientenes åndelige og eksistensielle behov?</li></ul> <p><u>Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hvilke praksiser utfører du på sykehjemmet for å ivareta pasientenes åndelige og eksistensielle behov?</li><li>• Hva tror du ivaretagelsen av pasientenes åndelige og eksistensielle behov kan ha å si for pasientenes livsmestring?</li><li>• Hva tror du ivaretagelsen av pasientenes åndelige og eksistensielle behov kan ha å si for å skape mening i pasientenes liv?</li><li>• På hvilken måte har pandemien påvirket ivaretagelsen av åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem?</li></ul>



<b>Fase 4: Samarbeid med sykehjemmet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan opplever du at samarbeidet og kommunikasjonen med sykehjemmet er?</li> <li>• Hva tenker du er din rolle som prest i ivaretagelsen av pasientenes åndelige og eksistensielle behov?</li> <li>• Hva tenker du kan være pleiernes rolle i ivaretagelsen av pasientenes åndelige og eksistensielle behov?</li> <li>• Hvordan tenker du sykehjemmet kan bidra til at du får ivaretatt pasientenes åndelige og eksistensielle behov best mulig?</li> </ul>
<b>Fase 5: Avslutning</b>	<p><u>Avrunding på tematikken</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det noe mer du vil legge til som du mener er viktig for temaet?</li> <li>• Tror du andre sykehjemsprester deler den samme oppfatningen av å ivareta åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem som deg?</li> <li>• Tror du det er noe forskjell på den åndelige betjeningen på diakonalt enn på kommunalt sykehjem?</li> </ul> <p><u>Avrunding på intervjuet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan var det å bli intervjuet?</li> <li>• Er det noe du lurer på eller vil si til slutt?</li> <li>• Kan jeg kontakte deg igjen hvis det blir aktuelt?</li> <li>• Takke informant for intervjuet.</li> </ul>

## Vedlegg 5: Intervjuguide til sykepleiere

### INTERVJUGUIDE TIL SYKEPLEIERE

*Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem.*

Dato: \_\_\_\_\_

Institusjon: \_\_\_\_\_

<b>Fase 1: Oppstart</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Takke for oppmøte</li><li>• Repetere informasjon fra informasjonsskrivet</li><li>• Be om samtykke til opptak</li><li>• Start opptak</li></ul>
<b>Fase 2: Informantens bakgrunn</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hva er din utdanning og arbeidserfaring?</li><li>• Hva er din nåværende jobb og hvor lenge har du vært i denne jobben?</li><li>• Hva var motivasjonen din for å jobbe der du er nå?</li></ul>
<b>Fase 3: Åndelige og eksistensielle behov og ivaretagelsen av dem</b>	<p><u>Åndelige og eksistensielle behov</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hvordan vil du forklare åndelige behov?</li><li>• Hvordan vil du forklare eksistensielle behov?</li><li>• Hvilke erfaringer har du med åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjemmet?</li><li>• Hvilke åndelige og/eller eksistensielle temaer er pasientene opptatte av?</li><li>• Hvordan kan du se om pasientene har åndelige og eksistensielle behov som de ønsker å snakke om?</li><li>• Hvordan opplever du at pleierne på sykehjemmet er bevisst på pasientenes åndelige og eksistensielle behov?</li></ul> <p><u>Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hvilke praksiser utfører du på sykehjemmet for å ivareta pasientenes åndelige og eksistensielle behov?</li><li>• Har du noe overordnet ansvar for at de andre sykepleierne tenker helhetlig omsorg, hvor åndelige og eksistensielle behov inkluderes?</li><li>• Hva tror du ivaretagelsen av pasientenes åndelige og eksistensielle behov kan ha å si for pasientenes livsmestring?</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva tror du ivaretagelsen av pasientenes åndelige og eksistensielle behov kan ha å si for å skape mening i pasientenes liv?</li> <li>• På hvilken måte har pandemien påvirket ivaretagelsen av åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem?</li> </ul>
<b>Fase 4: Samarbeid med prestedtjenesten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan opplever du at samarbeidet og kommunikasjonen med prestedtjenesten er?</li> <li>• Hva tenker du er din rolle som sykepleier i ivaretagelsen av pasientenes åndelige og eksistensielle behov?</li> <li>• Hva tenker du kan være prestens rolle i ivaretagelsen av pasientenes åndelige og eksistensielle behov?</li> <li>• Hvordan tenker du prestedtjenesten kan bidra til at du får ivare tatt pasientenes åndelige og eksistensielle behov best mulig?</li> </ul>
<b>Fase 5: Avslutning</b>	<p><u>Avrundning på tematikken</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det noe mer du vil legge til som du mener er viktig for temaet?</li> <li>• Tror du andre sykepleiere kan dele den samme oppfatningen av å ivareta åndelige og eksistensielle behov hos pasienter på sykehjem som deg?</li> <li>• Tror du det er noe forskjell på den åndelige betjeningen på diakonalt enn på kommunalt sykehjem?</li> </ul> <p><u>Avrundning på intervjuet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan var det å bli intervjuet?</li> <li>• Er det noe du lurer på eller vil si til slutt?</li> <li>• Kan jeg kontakte deg igjen hvis det blir aktuelt?</li> <li>• Takke informant for intervjuet.</li> </ul>