



Hvordan forholder sykepleiere seg til sykehusinnlagte pasienters eksistensielle og åndelige behov på et offentlig sykehus og et diakonalt sykehus?

Jannecke Bjørge Køhn

VID vitenskapelige høyskole

Oslo

Masteroppgave

Master i diakoni

Antall ord: 24106

Dato 15.05.2023

**Opphavsrettigheter**

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

## **Sammendrag**

Denne masteroppgaven i diakoni har problemstillingen «*Hvordan forholder sykepleiere seg til sykehusinnlagte pasienters eksistensielle og åndelige behov på et offentlig sykehus og et diakonalt sykehus?*»

Studien baserer seg på teori hentet fra to sykepleieteoretikere, henholdsvis Joyce Travelbee og Kari Martinsen. Teori om eksistensiell og åndelig omsorg og diakoni er også en del av dette kapittelet.

Forskningsmetoden som benyttes for å kunne svare på problemstillingen er kvalitativ fenomenologisk metode med strukturert intervju.

Studien tar utgangspunkt i intervjuer av ti sykepleiere om deres opplevelse og oppfattelse av eget arbeid innenfor tematikken. Alle informantene jobber pasientnært på ulike avdelinger på to forskjellige lokalsykehus et sted på Østlandet.

Funn i studien viser at alle informantene uavhengig av sykehus, forholder seg til pasientenes eksistensielle og åndelige behov, men ulike indre og ytre faktorer skaper variasjon mellom sykehusene, og mellom informantene.

Avslutningsvis vil jeg komme med en oppsummering og skissere noen praktiske konsekvenser for videre praksis.

*Nøkkelord: Eksistensielle og åndelige behov, sykepleie, diakoni, bevisstgjøring*

## **Abstract**

This paper with the thesis “*How do nurses relate to the existential and spiritual needs of hospitalized patients in a public hospital and a diaconal hospital?*”

The study is based on theory from Joyce Travelbee’s nursing theory and Kari Martinsen’s care philosophy. Theory on existential and spiritual needs and diaconia will also be included in this chapter.

The research method used to answer the thesis is a qualitative phenomenological method with structured interviews.

The study is based on interviews of ten nurses and their experience and perception of their own work on this subject. All the informants work close to patients in different wards at two different local hospitals situated in Eastern Norway.

Findings in this study show that all the informants, regardless of hospital, relate to the patients' existential and spiritual needs, but different inner and external factors create variation between hospitals, and between the informants.

In conclusion, I will give a summary and outline some practical consequences for further practice.

*Key words: Existential and spiritual needs, nursing, diaconia, awareness*

## Forord

Å skrive denne masteroppgaven, som markerer slutten på mitt masterforløp, har vært et utrolig spennende prosjekt! Jeg lærte mye under selve studiet, men vel så lærerikt har det vært å skrive denne masteroppgaven. Jeg har brukt noen år på å få oppgaven ferdigstilt, og med støtte fra arbeidsgiver ble det til slutt en realitet.

Det har vært et møysommelig arbeid som jeg ikke hadde klart uten støtte fra de rundt meg. Jeg har fått uvurderlig hjelp fra fjern og nær, fra starten av studiet og til siste tastetrykk på denne oppgaven, så det er helt på sin plass å takke opptil flere! Jeg er takknemlig for alle de som har heiet på meg i denne perioden, noen har passet barn *og* heiet, mens andre har bidratt med teknisk hjelp. Jeg har kjent på støtte gjennom hele prosessen fra veileder, familie, og venner i både inn- og utland.

Jeg vil særlig takke min veileder Kari Jordheim, mine foreldre og mine søsken. Jeg vil takke Diakonhjemmet, både sykehus og høgskole som har latt meg gå denne veien. Jeg vil også takke informantene mine på de to sykehusene for at de takket ja til å dele fra sitt arbeid. Andre som fortjener en takk er min arbeidsgiver Sjømannskirken, som gav meg denne muligheten til å fullføre mastergraden, og da spesielt kollegaene mine her på El Campanario som har gitt meg rom og ro til å skrive ferdig oppgaven. Og sist, men ikke minst familien min: Magnus – takk for tålmodighet og stoisk ro. Og til Ida, Selma og Daniel: «Nå er mamma ferdig å skrive» 😊

Jannecke Bjørge Køhn

Sitio de Calahonda, Málaga, Spania

Mai, 2023

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Temaets forankring i tidligere studier .....	2
1.3	Problemstilling .....	3
1.4	Avgrensninger .....	4
1.5	Formål og plassering i det diakonivitenskapelige feltet .....	4
1.6	Begrepsavklaringer .....	5
1.7	Oppgavens struktur .....	6
<b>2</b>	<b>Teori</b> .....	<b>7</b>
2.1	Sykepleiens bakgrunn .....	7
2.1.1	Forforståelse – et historisk bakteppe .....	7
2.1.2	Joyce Travelbee - sykepleieteoretiker .....	9
	Mellommenneskelige forhold .....	9
	Menneskets egenverdi .....	10
	Et spesielt ansvar .....	10
2.1.3	Kari Martinsen - omsorgsfilosof .....	11
	Særtrekk ved omsorg .....	11
	Det menneskelige samspill .....	12
2.2	Eksistensiell og åndelig omsorg .....	13
2.3	Diakoni og verdier .....	15
2.3.1	Handling i fokus .....	16
<b>3</b>	<b>Metode</b> .....	<b>18</b>
3.1	Forskningsdesign .....	18
3.1.1	Fenomenologisk tilnærming .....	18
3.1.2	Det kvalitative intervjuet .....	19
3.1.3	Gjennomføring av intervju .....	20
3.1.4	Intervjuguide .....	20
3.2	Forskerens etiske og juridiske ansvar .....	21
3.3	Utvalg .....	22
3.3.1	Utelgelseskriterier .....	22
3.3.2	Inndeling og koding av informanter .....	25
3.3.3	Andre mulige informanter .....	25
3.4	Analyse av datamaterialet .....	25
3.4.1	Transkribering .....	26
3.4.2	Datareduksjon .....	26
3.5	Metodekritikk .....	27

3.5.1	Reliabilitet .....	28
3.5.2	Validitet .....	29
<b>4</b>	<b><i>Sykepleiernes måter å forholde seg til pasienters eksistensielle og åndelige behov – analyse</i></b> .....	<b>30</b>
<b>4.1</b>	<b>Kartlegging</b> .....	<b>30</b>
4.1.1	Forholder sykepleier seg til behovet hos pasientene? .....	31
4.1.2	Verktøy som benyttes .....	32
4.1.3	Gjør det noe med forståelsen av eksistensielle og åndelige behov om <i>behov</i> byttes ut med <i>smerte</i> ? 34	
<b>4.2</b>	<b>Faktorer som påvirker</b> .....	<b>35</b>
4.2.1	Ytre faktor - tid .....	36
4.2.2	Ytre faktor - Produksjon .....	37
4.2.3	Indre faktorer .....	38
<b>4.3</b>	<b>Dokumentasjon</b> .....	<b>39</b>
<b>4.4</b>	<b>Fra ideal til virkelighet</b> .....	<b>40</b>
<b>5</b>	<b><i>Drøfting</i></b> .....	<b>43</b>
<b>5.1</b>	<b>Sykepleiere som forholder seg til pasienters eksistensielle og åndelige behov</b> .....	<b>43</b>
5.1.1	Sykepleieutdannelsen .....	43
5.1.2	Sykepleiedokumentasjon .....	45
5.1.3	Ulike verktøy .....	45
<b>5.2</b>	<b>Faktorer som påvirker sykepleierne i deres arbeid med pasienters eksistensielle og åndelige behov</b> .....	<b>46</b>
5.2.1	Ytre faktorer som påvirker sykepleier .....	46
5.2.2	Indre faktorer som påvirker sykepleier .....	48
<b>5.3</b>	<b>Hvordan styrke sykepleierne i deres møte med pasienters eksistensielle og åndelige behov i dagens helsevesen?</b> .....	<b>50</b>
5.3.1	Det første møtet .....	50
5.3.2	Sykepleiers verdibevissthet .....	51
5.3.3	Sykepleiers selvrefleksjon .....	52
5.3.4	Konkret verktøy - samtaleguide .....	54
5.3.5	Konkret verktøy - refleksjonsgruppe .....	55
5.3.6	Utfordringer .....	56
<b>5.4</b>	<b>Diakonien rolle</b> .....	<b>57</b>
<b>6</b>	<b><i>Avslutning</i></b> .....	<b>58</b>
<b>6.1</b>	<b>Studiens betydning for praksis</b> .....	<b>58</b>
<b>6.2</b>	<b>Eksistensiell beredskap</b> .....	<b>59</b>
	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>61</b>
	<b>Vedlegg</b> .....	<b>64</b>





# 1 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helt siden jeg var sykepleierstudent på Lovisenberg diakonale høgskole fra 2001 til 2004, har jeg tenkt på diakonissene som forgjengerne til min egen fagprofesjon. Vi lærte om hvordan de ble skolerte til å utøve nestekjærlighet og hjelpe mennesker i nød og fattigdom. Etter ca. to år på et offentlig sykehus, begynte jeg på et diakonalt sykehus. Etter fire år som sykepleier på sengepost der, fikk jeg tilbud om å være diakonisykepleier i 20% på sengeposten hvor jeg jobbet. Det åpnet seg opp en utvidet forståelse av arbeidet som sykepleier, det fikk en dypere klangbunn hos meg – det å være sykepleier. Dette ledet meg til å ville utforske dette feltet nærmere, så mye at jeg startet på en master i diakoni i 2012, etter 8 år som sykepleier.

Som sykepleier og som diakonisykepleier har jeg flere ganger fått spørsmål om sykepleien man mottar på et diakonalt sykehus er annerledes enn den man mottar på et offentlig sykehus. Både pårørende og pasienter har spurt meg om hva forskjellene er. Er det sånn at pasientene har ulik opplevelse av pleien de mottar, alt etter hvilket sykehus de er innlagt på? Jobber sykepleierne ulikt på de ulike sykehusene?

Diakonisykepleierne på det sykehuset jeg jobbet, fikk ukentlig gruppeveiledning av sykehusdiakonen og jeg forsøkte etter beste evne å implementere mine erfaringer i det daglige arbeidet på sengepost. Hvordan forholdt jeg meg til den åndelige siden av sykepleien jeg utøvde? Gjorde jeg det ulikt på det offentlige sykehuset jeg hadde jobbet enn på det diakonale der jeg nå jobbet? Som oppvokst på bedehus og i Den norske kirke, var fokuset på for eksempel nestekjærlighet på det diakonale sykehuset noe kjent. Hva hadde det med sykepleien jeg utøvde å gjøre, var det en bevisst del av måten jeg jobbet på? Var det rom for det, eller var det noe ved siden av det å være *profesjonell sykepleier*? Og hva var det diakonissene på Lovisenberg hadde bidratt med, etter inspirasjon fra moderhusene i Tyskland?

Personlig opplevde jeg en bevisstgjøring hos meg selv, da jeg gikk i gangene på det diakonale sykehuset, hvor man kunne beskue forskjellig type kunst og uttrykk. Det utgjorde en forskjell

for min egen faglige utvikling det å få delta i veiledning med sykehusdiakon, og at jeg fikk delta og lede refleksjonsgrupper med kollegaer på sengeposten. Dette gjorde at jeg ble nysgjerrig på hva andre sykepleiere gjør for pasienter som er innlagt når det kommer til eksistensielle og åndelige behov. Det utløste et ønske om å forske på om det finnes forskjeller, og eventuelt hvilke forskjeller det er på et offentlig og et diakonalt sykehus.

## 1.2 Temaets forankring i tidligere studier

Det er tidligere blitt skrevet flere masteroppgaver som omhandler sykepleiere og deres tilnærming til pasienters eksistensielle og åndelige behov. Både Astrid Bergslid med «Diakonens plass innenfor sykehusets rammer. Hvordan ser og møter sykepleiere på et lite offentlig sykehus pasientenes åndelige og eksistensielle behov? På hvilke måter kan sykehusdiakonen støtte og utfordre dem i dette arbeidet?» fra 2022, og Ingrid Holte Karlsen med «Åndelig og eksistensiell omsorg i palliativt arbeid» fra 2019 har bidratt med masteroppgaver. I tillegg til Berit Jevne med «Åndelige og eksistensiell omsorg» fra 2014. Dette er med på å bekrefte, etter min mening, at det er et dagsaktuelt tema å se på hvordan sykepleiere jobber med dette temaet, i tillegg til alt det andre sykepleierne også jobber med i dagens helseinstitusjoner.

Det finnes også en studie, den første av sitt slag, som har undersøkt «i hvilken grad eksistensiell omsorg er konkretisert i studieplaner, emneplaner og pensumlister i norsk bachelorutdanning i sykepleie» (Tornøe, et al., 2021, s. 2). Her gikk forfatterne av studien gjennom studie- og emneplanene til 13 norske utdanningsinstitusjoner for å se hvordan temaet var vektlagt hos den enkelte institusjon. Konklusjonen i studien var positiv, i den forstand at eksistensiell omsorg var «godt tematisert ved alle utdanningsinstitusjonene» (2021, s. 10). De anbefalte likevel at det jobbes mer med «å integrere kunnskaper og praktiske ferdigheter» på feltet (2021).

Sørbye og Undheim referer til en undersøkelse gjennomført av Baldacchino fra 2006, blant sykepleiere som jobbet med pasienter med hjerteinfarkt. Målet var å undersøke ferdighetene sykepleierne hadde hva gjaldt den åndelige omsorgen overfor pasientene.

Sykepleierne rapporterte at de opplevde seg selv «tilstrekkelig kompetente til å møte pasientenes fysiske og medisinske behov, men for lite kompetente til å møte pasientenes åndelige behov.» (Sørbye & Undheim, 2012, ss. 167-168).

Internasjonalt har det vært en økning de siste tjue årene i utgitt litteratur og forskning i tro og religion ifølge Danbolt og Nordhelle. De har også bidratt med sin artikkelsamling i *Åndelighet – mening og tro* i denne sammenheng (2012, s. 20).

Jeg vil i tillegg vise til Helsedirektoratet (2015) omtalt i Giske og Cone, som har laget en nasjonal handlingsplan for palliasjon hvor det presiseres at åndelig omsorg er «ein del av den heilskaplege omsorga for både pasientar og pårørande» og at pasientenes behov for åndelig omsorg skal «kartleggast på ein forsvarleg måte på line med andre aktuelle behov.» (Giske & Cone, 2019, s. 38).

### **1.3 Problemstilling**

Etter en grundig prosess kom jeg frem til følgende problemstilling:

*Hvordan forholder sykepleiere seg til sykehusinnlagte pasienters eksistensielle og åndelige behov på et offentlig sykehus og et diakonalt sykehus?*

For å kunne svare på dette spørsmålet, valgte jeg å ta utgangspunkt i sykepleiernes oppfatning av eget arbeide. Jeg ønsket å intervju sykepleiere som var hos pasienten døgnet rundt. For å få større nedslagsfelt, ville jeg stille de samme spørsmålene til sykepleiere på et diakonalt sykehus, og på et offentlig sykehus. Hvilke ytre og indre faktorer påvirker sykepleierne til eventuelt å tenke og snakke om eksistensielle og åndelige behov? Hvordan forholder de seg til tematikken på de to sykehusene jeg har undersøkt? Det offentlige sykehuset som er livssynsnytralt i motsetning til det diakonale som er tydelig på sin kristne arv.

## 1.4 Avgrensninger

Avgrensninger i oppgaven er gjort. Som forsker har jeg fokusert tematikken til kun å gjelde temaet *eksistensielle og åndelig behov hos pasient*. Å bruke eksistensielle og åndelige behov som samlebegrep var et bevisst valg fra min side for at mine informanter bedre skulle forstå *åndelighet*. I sykepleiedokumentasjonen i dag brukes «kulturelt/livsstil/ åndelig» som punkt 11 i journalsystemet DIPS. Det er det mine informanter vil være kjent med.

Det var naturlig for meg å velge sykepleiere som informanter. Både på grunn av egen bakgrunn, men også fordi de er tette på pasientene. For å få en mest mulig lik gruppe av informanter, ønsket jeg kun å intervju sykepleiere som jobbet pasientnært, det vil si på sengepostene på sykehus. De er det også flest av. Den enkleste inndelingen var å gå ut fra kirurgisk og medisinsk sengepost. Sykehusene som jeg fikk innpass på har begge denne naturlige inndelingen, og sykehusene er begge nokså like store lokalsykehus.

Jeg valgte 10 informanter for å få nok bredde i materialet. Selve utvalget vil jeg komme tilbake til i kapittel 3. Oppgaven tar utgangspunkt i sykepleiernes egen oppfatning av eget arbeid og deres forståelse av de begrepene og temaene de blir spurt om.

Jeg har ikke fokusert på hvilken utdanningsinstitusjon den enkelte sykepleier er uteksaminert fra. Det kan ha noe å si for noen hvor de er utdannet, men dette er noe jeg ikke har valgt å vektlegge. Ved å gå inn i studien med dét for øyet, hadde oppgaven fått et altfor sterkt preg av et tilbakeskuende blikk. Det jeg ønsket med denne studien var å skaffe et «her og nå» bilde av hvordan sykepleiere faktisk forholder seg til tematikken, og da helst med et fremovervendt blikk.

Utfra ønsket om å forske på dette fenomenet sett fra sykepleiers ståsted, og størrelsen på masteroppgaven, valgte jeg å ikke intervju pasienter.

## 1.5 Formål og plassering i det diakonivitenskapelige feltet

Formålet med denne studien var å se om hvilke sykehus en sykepleier jobber på har noe å si for måten de forholder seg til pasientenes eksistensielle og åndelige behov.

Diakoni i Den norske kirke handler om evangeliet i handling. Denne masteroppgaven vil rette seg mest mot den spesialiserte diakonien som, på samme måten som sykepleien, akter å se hele mennesket. Å se hva som ligger bak, være medvandrer, og å stå sammen med den andre. Den diakonale omsorgen bygger på «[...] gjensidighet, likeverd og respekt for den andre» som det står i Plan for diakoni (Den norske kirke, 2020, s. 6). Så også i sykepleien. Det diakonale kristne menneskesynet om menneskets ukrenkelige verdi er også et menneskesyn som kommer til uttrykk i sykepleieprofesjonen. Den organiserte sykepleieutdanningen hadde i sin tid sitt utspring fra de diakonale institusjonene. Det er derfor naturlig at de diakonale og kristne verdiene også ligger til grunn i dagens sykepleie, selv om livssynsnøytralitet er viktig å profilere i de offentlige sykehusene.

## 1.6 Begrepsavklaringer

*Diakonalt* sykehus i denne oppgaven er et sykehus som definerer seg som et ideelt sykehus, religiøst forankret med et kristent verdisyn. Med *offentlig* sykehus menes et sykehus som baserer seg på de etablerte felles nasjonale verdiene for helsetjenester. Begge sykehusene i denne oppgaven er underlagt Helse Sør-Øst og de er begge pålagt å følge de samme visjoner og strategidokumenter.

Med ordparet *eksistensielle og åndelige behov* i denne oppgaven har jeg sett til Hirsch og Røen som skriver om dette i sitt kapittel «Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov» i boken *Palliasjon: Nordisk lærebok*. Åndelig og eksistensiell sammen «[...] fungerer godt i helsevesenet [...] og gir de rette assosiasjonene.» (Hirsch & Røen, 2016, s. 316). Åndelig forstått som noe litt høytsevendende, det eksistensielle som det mer jordnære.

*Refleksjonsgrupper* og *samtalegrupper* blir begge brukt med samme betydning i denne oppgaven; en gruppe med kollegaer som møtes for å reflektere og diskutere arbeid og fag.

## **1.7 Oppgavens struktur**

Kapittel 1 er et introduksjonskapittel, hvor jeg presenterer problemstillingen, begrepsavklaringer, avgrensninger i oppgaven og plasserer studien min i det diakonivitenskapelige feltet. I kapittel 2 presenteres teorien jeg har valgt til å belyse min problemstilling. Her har jeg også presentert relevant teori om eksistensiell og åndelig omsorg, i tillegg til teori om det diakoni. Videre i kapittel 3 har jeg presentert metoden jeg har valgt, og jeg har skrevet om prosessen rundt gjennomføringen av denne masteroppgaven. I kapittel 4 har jeg presentert analysen av min datasamling. Videre i kapittel 5 har jeg drøftet og svart på problemstillingen min. I kapittel 6 har jeg skrevet en avslutning hvor jeg også kommer inn på denne studiens betydning for videre praksis

## 2 Teori

Jeg vil i dette kapittelet gjennomgå og presentere det jeg mener er relevant teori for å kunne svare på min problemstilling. Jeg har benyttet meg hovedsakelig av Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker. Jeg har også inkludert Kari Martinsens omsorgsfilosofi, da jeg mener at hennes stemme er høyst aktuell inn i denne tematikken. Teori om eksistensiell og åndelig omsorg, og teori innen diakoni er også inkludert i dette kapittelet.

### 2.1 Sykepleiens bakgrunn

Som en del av den teoretiske bakgrunnen for oppgaven min har jeg sett på et par av de mest framtrepende sykepleieteoretikerne som blir brukt i norsk sykepleierutdanning. Før de blir presentert vil jeg gi et lite kort historisk tilbakeblikk. Om jeg skal gå tilbake til begynnelsen her, kunne jeg startet med at Florence Nightingale (1820-1910), som Simensen skriver i sin artikkel i Store norske leksikon, «[...] regnes som grunnleggeren av den moderne sykepleien.» (Simensen, 2020). Jeg velger å starte med grunnleggerne av det norske helsevesenet i regi av diakonissene.

#### 2.1.1 Forforståelse – et historisk bakteppe

Til å begynne med, vil jeg gå tilbake til opprettelsen av den første sykepleierutdannelsen i Norge. Cathinka Guldberg (1840-1919) regnes som den første profesjonelle sykepleier i Norge, da det var hun som startet Norges første sykepleierutdanning i 1868. Hun var selv utdannet i Tyskland til diakonisse og sykepleier, samme sted som Florence Nightingale. Cathinka Guldberg returnerte til Oslo og grunnla etter hvert Diakonissehuset. Hun ble kalt «Mor Guldberg» og regnes som de norske diakonissenes, altså sykepleiernes, mor. Drivkraften for sykepleien mente hun, var det diakonale kallet. Man skulle være til tjeneste for, og hjelpe de som var i nød. Industrialiseringen, som førte til at befolkningen trakk til byene, førte til en befolkningsøkning også i Oslo. På den tiden var offentlige velferdsordninger ennå ikke bygget opp, noe som førte til stor nød og fattigdom blant befolkningen (Skjørshammer, 2009, s. 100).

Cathinka Guldborg hentet som nevnt inspirasjon fra moderhuset Kaiserswerth i Tyskland. Hun fikk med seg Rikke Nissen som ble Diakonissehusets første læresøster. Rikke Nissen ga ut *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser* i 1877, 18 år etter Nightingale. (Mathisen, 2022). Hos både Guldborg og Nissen stod kallstanken sterkt. Bakgrunnen for å hjelpe mennesker i nød kom fra en kirkelig og religiøs kontekst i siste halvdel av 1800-tallet (Danbolt & Nordhelle (red.), 2012, s. 17).

I etterkrigstiden derimot, økte antall yrkesaktive innen helse- og omsorgssektoren, men da forsvant også temaet religion, tro og åndelighet fra fagutdanningene. Det moderne etterkrigssamfunnet var basert på vitenskapelighet og rasjonalitet, skriver Danbolt. «[...] tro og religion var avleggse forklaringsformer, som man ikke hadde behov for etter hvert som samfunnet utviklet seg og vitenskapen fant svarene på livets mange spørsmål.» (Danbolt & Nordhelle (red.), 2012, s. 17). Religionen ble mer og mer sett på som et privat anliggende og skulle ikke være noe tema i møte mellom hjelper og hjelpemottaker. Hjelperens personlige religiøse tilknytning skulle heller ikke uttrykkes. Religion ble sett på som et «utdøende fenomen» og noe det moderne samfunn rett og slett ikke behøvde (Danbolt & Nordhelle (red.), 2012, s. 17).

I dag er temaene religion, tro, og åndelighet på vei tilbake, skriver Danbolt. «[...] klima for åndelighet» har endret seg, noe som har åpnet opp for at alle kan tillate seg å være åpne om sin tro og sine livssyn (Danbolt & Nordhelle (red.), 2012, s. 18). Det har vært flere årsaker til denne endringen fortsetter Danbolt. Hun trekker fram fire hovedårsaker. Den første er økt innvandring. Med de store gruppene innvandrere som har vært av den oppfatning at egen religion ikke er et privat anliggende, så har de ikke skilt mellom privat og offentlig religionsutøvelse. Dette har vært en medvirkende årsak til økt fokus på religion og livssyn i det norske helsevesenet. En annen årsak Danbolt peker på er økt fokus på brukermedvirkning, hvor det er brukerens ønsker og behov som vektlegges, mer enn hva tjenesteutøver mener. Det vil si at hjelpen som gis skal være på brukerens premisser, da også religionsutøvelse. En tredje årsak som nevnes er de mange profesjoner som ønsker et helhetssyn på virksomhetene sine. Altså at man ikke kan utelukke den åndelige delen av livet til en bruker eller en pasient. Som en fjerde og siste årsak presiserer Danbolt at det faktisk er



hjemlet i lovverket vårt; at hvert enkelt menneske har fri religionsutøvelse (Danbolt & Nordhelle (red.), 2012, ss. 18-19).

Videre skriver Danbolt at «Dette stiller utøverne av profesjonell praksis overfor nye og omfattende krav og utfordringer.» (2012, s. 19). Hvordan kan dagens sykepleiere forholde seg til helhetssynet på mennesket, uten også å skulle forholde seg til pasientenes eksistensielle og åndelige behov?

Denne utviklingen danner bakteppe for aktualiteten av min studie. Eksistensiell og åndelig omsorg er høyst aktuelt i dagens helsevesen. Dette vil jeg komme tilbake til i drøftingskapittelet. Før det vil jeg presentere to sykepleieteoretikere jeg synes presenterer noen teoretiske premisser som er viktige for min refleksjon rundt funnene mine.

### **2.1.2 Joyce Travelbee - sykepleieteoretiker**

Den første sykepleieteoretikeren jeg vil trekke fram, fra nyere tid, som jeg mener er mest aktuell for min oppgave, er Joyce Travelbee (1926-1973). Hun var sykepleier fra USA og mente blant annet at:

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.» (Travelbee, 2001, s. 29).

Hun skriver om to funksjoner sykepleier har; den forebyggende delen og den mellommenneskelige. Jeg vil fremheve den sistnevnte.

#### **Mellommenneskelige forhold**

Det handler rett og slett om et møte mellom to personer, i denne sammenheng mellom pasient og sykepleier, som går sammen et stykke på veien. På et sykehus, hvor pasienten har fått en diagnose eller er innlagt på grunn av sin diagnose, kan sykepleieren altså være en medvandrer i det pasienten måtte stå i. Når pasienten forsøker å forstå årsaken til det intrufne og hvordan dette kan gi mening i pasientens liv er sykepleieren der og går sammen

med pasienten et stykke på veien. Travelbee er tydelige på at det bare er pasienten selv som kan finne mening i sin lidelse, sykepleier kan ikke *gi mening* til det inntrufne, men kan egentlig bare hjelpe og stå sammen med pasienten slik at pasienten finner *sin mening* i det håpløse. (Travelbee, 2001, s. 226). Og bare ved å «etablere og opprettholde et menneske-til-menneske-forhold» kan sykepleier hjelpe pasienten til å finne mening (Travelbee, 2001, s. 230). Hun fremhever det mellommenneskelige forholdet som oppstår mellom pasient og sykepleier. Dette er et viktig forhold, da dette gjør at pasienten kjenner på en trygghet, i det hjelpeløse og håpløse som de står i. Pasienten føler seg sett og anerkjent for den den er.

### **Menneskets egenverdi**

Et annet element jeg vil fremheve hos Travelbee er hennes syn på menneskets, altså pasientens egenverdi. I de situasjoner hvor pasienter opplever håpløshet og ikke finner mening i sin sykdom eller sin diagnose, når livet oppleves uforklarlig og reaksjoner som *hvorfor meg?* dukker opp, skriver Travelbee at det kreves et bestemt menneskesyn av sykepleieren. «[...] et syn som må gjennomtrengte all hennes kontakt med andre. Dette synet går ut på at hvert enkelt menneske har verdighet og egenverdi i kraft av å være menneske.» (Travelbee, 2001, s. 229). Hun fremhever her altså menneskets iboende verdi og verdighet: «Hvert enkelt menneske har verdi ut fra det at vedkommende er menneskelig. [...] Den er i seg selv.» (Travelbee, 2001, s. 60). Uavhengig av hvor håpløs og meningsløs pasienten opplever sin situasjon og som bidrar til at pasienten føler seg unyttig, så er Travelbee av den oppfatning at pasienten har en egen verdi i seg selv. Uavhengig av om pasienten er troende eller ikke, bare det at pasienten er et menneske, gir hen en egenverdi.

### **Et spesielt ansvar**

Et tredje og siste viktig element jeg vil trekke frem fra Travelbee, er det ansvaret som sykepleier er tillagt, et spesielt ansvar, vektlegger Travelbee. Pasienten legger sitt liv og sin historie iblant annet sykepleiers hender. Pasienten må stole på at sykepleier vet hva hun gjør og at sykepleier vil pasienten vel. Travelbee diskuterer også om det er *sykepleier* alene som har ansvar for å hjelpe pasienten å finne mening i det meningsløse. Travelbee skriver at det jo egentlig er alle som er involvert i behandlingen av pasienten som er ansvarlig, men at det

likevel hviler et helt spesielt ansvar hos sykepleiers. For det er nettopp sykepleier som har «ubegrenset adgang til den syke» og at sykepleier har en «strategisk posisjon der hun kan gi *umiddelbar* hjelp til den syke og lidende.» (Travelbee, 2001, ss. 47-48). Det er det unike ved sykepleierens rolle, at de er de eneste av personalet som er hos pasientene døgnet rundt, de er *pasientnære* til alle døgnet tider. Denne *strategiske posisjon* som Travelbee påpeker at sykepleier har, gir nettopp sykepleieren muligheter – men også et ansvar. Muligheter og et ansvar som handler om å kunne gi helhetlig sykepleie til pasientene og hjelpe de til å finne mening i det meningsløse. For «hvordan kan en sykepleier gi «helhetlig sykepleie» hvis hun overser dette ytterst vanskelige området?» (Travelbee, 2001, s. 221). Sykepleier er blitt tildelt dette ansvaret, så hvordan de forvalter nettopp dette ansvaret er vesentlig for pasientene.

### **2.1.3 Kari Martinsen - omsorgsfilosofi**

Den andre sykepleieteoretikeren jeg vil trekke fram som også er aktuell inn i tematikken i min studie, er Kari Martinsen (1943-). Hun har, på samme måte som Travelbee, også uttrykt at det mellommenneskelige er essensielt i sykepleieryrket. Martinsen har skrevet mye om omsorgsbegrepet, at omsorg er viktig i sykepleien, men at omsorg ikke nødvendigvis *er* sykepleie. Martinsen har brukt filosofien som et redskap i sitt arbeid med *omsorgsbegrepet*. Hun har vært opptatt av å få fram tenkningen rundt begrepet, dette for å «[...] gi perspektiver til, og større forståelse for det vi gjør i hverdagen.» (Martinsen, 2003, s. 68).

#### **Særtrekk ved omsorg**

I det mellommenneskelige hvor omsorgen finner sted, handler det om «[...] hvordan vi forholder oss til hverandre, hvordan vi viser omtanke for hverandre i vårt praktiske dagligliv» skriver Martinsen (2003, s. 69). Det handler om en type gjensidighet mellom sykepleier og pasient. Martinsen nevner tre særtrekk ved omsorg.

For det første mener hun at omsorg er et relasjonelt begrep, at det handler om nestekjærlighet og om hvordan vi handler og behandler andre slik som vi vil at de skal behandle og handle mot oss selv. Omsorg som et relasjonelt begrep mener Martinsen «[...]

tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn hvor det grunnleggende er at vi er avhengige av hverandre.» (Martinsen, 2003, s. 14).

For det andre mener Martinsen at omsorg er et praktisk begrep. Sykepleieren lar seg bevege av den andres lidelse og involverer seg i pasienten, og handler betingelsesløst. Her kommer Martinsen også inn på at «[...] hjelpen gis betingelsesløst.» (2003, s. 16). Martinsen bruker begrepet *uegennyttig gjensidighet*. Det handler om at den ene parten gir av seg selv og tar seg av pasienten, bryr seg om pasienten, uten å forvente å få noe igjen. Sykepleier er «[...] forpliktet til å gi mer enn de får igjen.» (2003, s. 72).

Det tredje særpreget ved omsorgsbegrepet, ifølge Martinsen, har med «[...] kvaliteten i relasjonen [...]» (Martinsen, 2003, s. 17). Det dreier seg om hvordan sykepleier er i relasjonen med pasienten og i det praktiske rundt pasienten. Altså hva relasjonen består av, og det som oppstår mellom sykepleier og pasient. Dette er viktig mener Martinsen. Noe annet Martinsen presiserer er moralen i omsorgen, og at *omsorgsmoral* er noe som kan tillæres. Sykepleier kan gjennom praktisk utøvelse lære seg å integrere verdier i arbeidet sitt, sånn at verdiene kan få «[...] røtter i oss.» (2003, s. 17). Det handler blant annet om evnen til å kunne se seg selv i rollen som pasient, bytte om på rollene. Om sykepleier kan identifisere seg med pasient og tenke seg selv i pasientens sted, bidrar dette til «[...] solidaritet med den svake [...]» (Martinsen, 2003, s. 68). Denne evnen medfører at sykepleier handler på en måte som styrker pasientens posisjon og bidrar til at pasientene «får reell mulighet til å leve det beste liv de er i stand til.» (2003, s. 17).

### **Det menneskelige samspill**

Martinsens vektlegger omsorg som et relasjonelt begrep, på lik linje med Travelbee og det mellommenneskelige forhold. Martinsen mener med det at det i omsorgen er «[...] forholdet mellom mennesker [er] det vesentligste [...]» (Martinsen, 2003, s. 69). Omsorg er altså en sosial relasjon mellom to mennesker som ikke eksisterer uten *det andre* mennesket. Omsorg vil «[...] alltid forutsette andre.» (Martinsen, 2003, s. 69). Martinsen påpeker viktigheten av at sykepleier må *forstå* den andre og dens situasjon for å kunne utøve og vise omsorg. For å oppnå dette må det være noe som «[...] binder oss sammen i en type fellesskap [...]» (Martinsen, 2003, s. 69). Dette kan være alt fra dagliglivet, til sykehushverdagen, at

sykepleier er ærlig om livet, snakker sant om livet, og at pasienten opplever å møte et menneske som seg selv, i sykepleieren. Sykepleier anerkjenner og ønsker å «[...] se den andres situasjon mest mulig fra den andres synspunkt.» (Martinsen, 2003, s. 70). Og dette er faktisk mulig sier Martinsen, når sykepleier og pasient blir kjent med hverandre i sykehushverdagens travelhet. Sykepleier kan da greie å «[...] akseptere den andre med ressurser og begrensninger [...]» (Martinsen, 2003, s. 70). Dette vil ha mye å si for relasjonen og det mellommenneskelige forholdet. Sykepleier må bruke sitt faglige skjønn til å kunne pleie den syke og «[...] kunne være sansende berørt til stede [...]» (Martinsen, 2014, s. 228). Sykepleier må være til stede med hele seg, og må kunne være i kontakt med sin egen sårbarhet, for å kunne møte pasienten der den er.

## 2.2 Eksistensiell og åndelig omsorg

Jeg tar i denne masteroppgaven utgangspunkt i definisjonen på *spirituality* som er presentert i kapitlet «Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov» til Hirsch og Røen i boken *Palliasjon: Nordisk lærebok*. Definisjonen er utarbeidet av EAPC Taskforce for Spiritual Care in Palliative Care og er ifølge Hirsch og Røen brukt i flere forskningsprosjekter (Hirsch & Røen, 2016, s. 316). Jeg velger også å legge den til grunn for min forståelse av åndelighet:

“Spirituality is the dynamic dimension of human life that relates to the way persons (individual and community) experience, express and/or seek meaning, purpose and transcendence, and the way they connect to the moment, to self, to others, to nature, to the significant and/or the sacred.” (Hirsch & Røen, 2016, s. 316).

Giske og Cone henviser i boken *Å ta vare på heile mennesket* til den tyske psykiateren og filosofen Karl Jaspers når de skal forklare hvorfor åndelig omsorg er viktig i sykepleien. Jaspers bruker ordet *grensesituasjon* om de gangene i livet hvor alvorlige hendelser inntreffer, men som man ikke får gjort noe med. (Giske & Cone, 2019, s. 31). Alvorlige hendelser kan være å bli alvorlig syk, miste jobben, et dødsfall, eller at man får en kreftdiagnose. Disse *grensesituasjonene* fører til sorg og smerte ifølge Giske og Cone. Vi blir utfordret på det å være et menneske, og vi innser at livet ikke kan tas for gitt. Men disse

grensesituasjonene kan også bringe med seg menneskelig vekst, «[...] vi kan bli meir bevisste på kva som er viktig i livet, og kva ansvar vi har.» (Giske & Cone, 2019, s. 32). Det som blir viktig for sykepleierne, er å møte pasientene i disse grensesituasjonene. Å vise eksistensiell og åndelig omsorg blir viktig for på den måten å kunne forsøke å lindre smerten til pasienten.

Ser man på sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer punkt 2.2 skal «sykepleieren understøtte håp, mestring og livsmot hos pasientene». Videre i 2.3 står det at «sykepleieren ivareta[r] den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.» (Norsk sykepleierforbund, 2019). Den åndelige omsorgen, altså den eksistensielle og åndelige omsorgen, forstås som en del av den helhetlige omsorgen.

Dette synes også å bli bekreftet i boken til Rykkje og Austad: *Eksistensielle begreper i helse- og sosialfaglig praksis*. Der skriver de at «Det er helse- og sosialarbeideres oppgave å lytte til brukernes eksistensielle utfordringer i rammen av deres livsfortelling og assistere dem i arbeidet med å møte disse utfordringene.» (Rykkje & Austad (red.), 2020, s. 14). De viser til den faglige diskursen der «Dette er stadig mer klargjort [...], at det eksistensielle og åndelige skal inngå i omsorg og helsehjelp.» (2020, s. 14). Hvordan gjør sykepleierne dette i møte med pasientene sine?

En viktig grunn til å innhente informasjon om pasientenes livssyn ved starten av en innleggelse, har flere sider. For det første er det som nevnt en del av det helhetlige bildet. Men det handler også om at sykepleier som står nærmest pasient sitter på informasjon om pasientens preferanser om noe akutt skulle oppstå. Når pasienten ikke evner å bruke språket, eller uttrykke ønsker og behov, «[...] kan usikkerhet og tvil oppstå. Da er det til hjelp å ha informasjon om hvordan pasienten tidligere oppsøkte styrke og trøst i vanskelige livssituasjoner.» (Sørbye & Undheim, 2012, s. 175). Når sykepleier vet dette om pasienten, er det lettere å kunne hjelpe hen på best mulige måte. Nettopp derfor bør sykepleiere ha fokus på pasientenes eksistensiell og åndelige behov. For om pasientene ikke har ordforrådet, eller «[...] dersom personen ikke har en åndelig beredskap fra tidligere» (Sørbye & Undheim, 2012, s. 174) er det viktig at helsepersonell er klar over hvor vanskelig det kan være for en pasient å håndtere vanskelige og tunge beskjeder. For skal sykepleier motivere, trøste, pleie, oppmuntre, og lindre pasientens utfordringer, hjelper det at sykepleier er klar over hvor pasientene henter sine krefter fra. Og som Sørbye og Undheim skriver kan pasientens

mestringsevne «[...] ofte henge sammen med pasientens livssyn og verdier.» (Sørbye & Undheim, 2012, s. 175). Utfordringene oppstår når det bare gis hjelp til at pasienten skal få sine fysiske, psykiske og sosiale behov dekket, når «åndelig omsorg» blir forbigått «i taushet» (Sørbye & Undheim, 2012, s. 180). Oppnår sykepleier en god relasjon og tillit hos pasienten, og våger å vise eksistensiell og åndelig omsorg, kan dette bidra til at pasienten våger å dele sine behov med sykepleier, og på den måten finne hjelp og trøst, om det er det pasienten har behov for.

## 2.3 Diakoni og verdier

I Plan for diakoni for den Den norske kirke er *diakoni* definert som: «[...] kirkens omsorgstjeneste. Den er evangeliet i handling og uttrykkes gjennom nestekjærlighet, inkluderende fellesskap, vern om skaperverket og kamp for rettferdighet.» (Den norske kirke, 2020, s. 4). Diakonien sin identitet er forankret i troen på den treenige Gud: i troen på Gud, Skaperen; i troen på Jesus Kristus; og i troen på Den hellige ånd (Det lutherske verdensforbund, 2010, ss. 24-27).

Den diakonale omsorgen som utvises gjennom de fire nevnte områdene i Plan for diakoni, er nært knyttet opp til omsorgsbegrepet i sykepleien. Dette finner vi også igjen i Løvaas sin artikkel «Diakonale og kommersielle helseinstitusjoner» i *Kan institusjoner elske?*: «Sykepleieprofesjonens verdier kan sies å ha likhetstrekk med de grunnleggende verdiene innenfor diakonien.» (Løvaas, 2012, s. 159). Hun refererer i sin artikkel til Askeland (2002) som peker på likheten man kan se i de grunnleggende verdiene som er gjeldende i det norske helsevesenet, og de grunnleggende verdiene vi finner i *Plan for diakoni* i Den norske kirke (Løvaas, 2012, s. 159).

Skjørshammer i den samme boken som nevnt i forrige avsnitt, *Kan institusjoner elske?* skriver at en verdi «[...] kan best defineres som det som styrer våre handlinger og normer og forteller om hvor viktig noe er for oss.» (Skjørshammer, 2009, s. 102). Verdiene hjelper oss å navigere i forhold til prioritering av arbeidsoppgaver, vurderinger og beslutninger man tar som helsepersonell.

I dagens samfunn blir *livssyn* ofte knyttet sammen med religion. Det er ikke nødvendigvis alltid sånn, ifølge Giske og Cone. De skriver i boken *Å ta vare på heile mennesket* at et livssyn kan være «både religiøst og ikkje-religiøst» (Giske & Cone, 2019, s. 30). Et livssyn er en sammensetning av meninger og holdninger man som menneske har i og om livet, «[...] det er den overtydinga vi møter og arbeider med dei store spørsmåla i livet med.» (Giske & Cone, 2019, s. 30). Sørbye og Undheim mener at livssyn i tillegg til religiøst og ikke-religiøst, også kan være bevisst og ikke-bevisst hos pasienten. Livssyn kan bestå av et vidt spekter av tradisjoner og regler som det er viktig for pasienten å overholde og opprettholde. (Sørbye & Undheim, 2012, s. 169). Det kan bestå av alt fra å ville omgi seg med natur eller billedkunst, eller musikk, til tradisjoner i forbindelse med høytider eller andre merkedager.

### 2.3.1 Handling i fokus

Diakoni er som nevnt *evangeliet i handling*. Det er handlingen som utføres som er i fokus, ikke belønningen eller forkynnelsen.

Bibelfortellingen om den barmhjertige samaritan som i utgangspunktet ble fortalt som et svar på spørsmålet «*hvem er min neste?*» blir ofte brukt som en illustrasjon for nettopp nestekjærlighet. Aadland skriver i *Kan institusjoner elske?* om to poeng man kan trekke ut fra denne bibelfortellingen. Det første poenget er at den barmhjertige samaritan var en ikke-troende og at han likevel hjalp den forslåtte mannen, helt uten å forvente å få noe tilbake i form av belønning. Altså, at man ikke trenger å være kristen eller troende, for å kunne gjøre en god handling. På denne måten blir alt av helsepersonell invitert til å hjelpe sin neste. Fortellingen sier at det å hjelpe *den andre* ikke nødvendigvis skjer på grunn av egen religiøs tilknytning.

Det andre poenget i fortellingen, fortsetter Aadland, er at det var den konkrete handlingen til samaritanen som var viktig. Samaritanen valgte, uten tanke på egen belønning eller fare for eget liv, å hjelpe den forslåtte mannen som lå i veikanten. Denne eksempelfortellingen sier noe om hvordan man kan oppføre seg og handle i lignende situasjoner. Ut fra disse to poengene viser Aadland at diakoni dreier seg om «[...] omsorg for andre i konkret handling.» (Aadland, 2009, s. 55). Denne handlingen, uten å tenke på egen gevinst eller egen risiko, finner vi igjen i sykepleieprofesjonen. På samme måte nevner Heidi Schmidt det samme



barmhjertighetsbegrepet i sin bok *Har du tid til det, da?* Det handler om å se den andre ikke som et objekt, men som et subjekt. Og som samaritanen gjorde i bibelfortellingen; det handler om å vise medlidenhet og deretter følge opp med «aktiv handling.» (Schmidt, 2014, s. 74).

Med dette som bakgrunn har jeg plassert studien i det diakonifaglige feltet.

# 3 Metode

## 3.1 Forskningsdesign

Utgangspunktet for valg av metode var selve problemstillingen og det temaet jeg ønsket å undersøke, eller *fenomenet* som jeg ville se nærmere på. Og som Johannessen et.al. skriver i boken *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*, startet heller ikke jeg denne studien uten forkunnskaper. Valg av metode ble derfor kvalitativ metode. (2021, ss. 51-52).

Formålet med studien var å få et mer inngående innblikk i hvordan sykepleiere selv tenker rundt temaet eksistensielle og åndelige behov og hvordan de forholder seg til pasientenes behov rundt dette. Etter flere år på et diakonalt sykehus selv, har jeg opplevd å få spørsmål om hva er forskjellen mellom dere og et vanlig offentlig sykehus? Det er mye som kan sies om det, både estetisk og verdimessig.

På grunn av at familien fikk mulighet til å flytte til Spania og jobbe for Sjømannskirken, oppstod det noen nye utfordringer med tanke på gjennomføring av intervjuene og prosessen rundt disse.

### 3.1.1 Fenomenologisk tilnærming

Problemstillingens art gjorde at det ble riktig å bruke en fenomenologisk tilnærming. Dette for at jeg som forsker skulle kunne utforske og beskrive informantenes opplevelse, og ikke minst hvordan de forstod selve begrepet *eksistensielle og åndelige behov*. (Johannessen, et.al., 2021, s. 166).

Målet var å få tak i den enkelte sykepleiers «[...] subjektive opplevelser av [...] fenomen[et].» (Johannessen, et.al, 2021, s. 166). For å få samlet denne type data, måtte jeg som forsker gjøre kvalitative intervju med sykepleiere som arbeider tett på pasientene og dermed har «[...] direkte erfaring med fenomenet [...]». (2021, s. 166). Ved å anvende denne metoden kunne det best gi meg en så presis beskrivelse som mulig av sykepleiernes egne perspektiver og deres forståelse av dette fenomenet.

### 3.1.2 Det kvalitative intervjuet

Denne studien er en kombinasjon av å ville forklare et fenomen, men også et forsøk på å forstå et fenomen. Jeg valgte å anvende strukturert intervju med relativt åpne spørsmål hvor «[...] både tema, spørsmålene og rekkefølgen på spørsmålene [...]» var bestemt på forhånd. (Johannessen, et.al., 2021, s. 109). Intensjonen var å kunne «innta en nysgjerrig og tillitsvekkende holdning for å få frem fyldige beskrivelser og historier.» (Johannessen, et.al., 2021, s. 169).

For best mulig å kunne forklare og forstå sykepleiernes perspektiv og deres tanker og vurderinger av sitt arbeide, valgte jeg én til én intervju. Dette mye på grunn av refleksjonsprosessene som oppstår i en sånn type setting. Ved å sette av 45 minutter til hvert av intervjuene, så jeg for meg at det kunne bli en samtale hvor informant, og jeg som forsker, kunne få til en dialog rundt tematikken, med intervjuguide som manus og ramme.

Jeg ønsket å få en detaljert og utfyllende kunnskap og et øyeblikks bilde av dette fenomenet, som Johannessen, et.al., skriver (2021, s. 23). Ved å samle inn data fra sykepleiere som daglig møter pasienter i ulike faser av livet ville jeg få et innblikk i hvordan de forholder seg til pasientenes eksistensielle og åndelige behov (Johannessen, et.al., 2021, s. 169).

Studien ble meldt til Personvernombudet for forskning, NSD (vedlegg 1). Samtidig ble skriftlig informasjon som gjelder mastergradsprosjekt sendt til to ulike sykehus (vedlegg 2). Da jeg fikk kontakt og godkjenning fra to sykehus, kunne jeg sende ut skriftlig samtykkeskjema til avdelingslederne som hadde sagt seg villige til å stille sykepleierne sine til min disposisjon. Skriftlig samtykke ble innhentet fra samtlige informanter før intervjuene begynte (vedlegg 3). Alle de ti intervjuene ble gjennomført våren 2018. Transkriberingen ble påbegynt rett etter og fullført innen fristen, 15.november, 2018. Da ble alt av lydfiler slettet.

På grunn av arbeids- og familieforhold ble dessverre hele prosjektet med å fullføre masteroppgaven satt på vent. Da jeg i slutten av 2021 fikk tilbud fra arbeidsgiver om å fullføre masterløpet og arbeidsgiver la til rette med mulighet for studiepermisjon for å avslutte studieforløpet, fikk jeg igjen muligheten til å fullføre masteroppgaven.

### **3.1.3 Gjennomføring av intervju**

Jeg utarbeidet som nevnt et «Informasjonsskriv til helseinstitusjon» og et skriv med «Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt». Begge sykehusene ble kontaktet via e-post i første runde. Det ene sykehuset sendte min forespørsel direkte til personalsjefen som videresendte til utdanningskoordinator. Etter en tid fikk jeg svar fra det diakonale sykehuset at personalsjefen hadde godkjent prosjektet mitt, og at kirurgisk avdeling kunne stille med to sykepleiere. Svar fra medisinsk avdeling var ikke klart ennå.

Jeg fikk gjennom en tidligere kollega hjelp til å få kontakt med rett person på et offentlig sykehus. Ved hjelp av henne kom jeg i kontakt med rette vedkommende som kunne godkjenne prosjektet mitt, og fikk sendt de nødvendige papirene også dit. Prosjektet ble godkjent og jeg fikk beskjed om at jeg kunne få tildelt fem sykepleiere fra dette sykehuset.

På grunn av bosted i utlandet har jeg måttet begrense mine turer til Norge. Jeg presenterte til de to sykehusene i første omgang intervjuer på våren. Da jeg fikk endelig godkjenning fra NSD, kunne jeg presentere aktuelle datoer.

Jeg avtalte tid og sted, og møtte opp på de to sykehusene til sammen 5 dager og gjennomførte de ti intervjuene á 45 minutt. Vi fikk tildelt rom i de ulike sykehusavdelingene hvor vi fikk sitte uforstyrret.

Som Johannessen et.al. anbefaler til det kvalitative intervju, benyttet jeg båndopptaker i tillegg til egne notater (2021, s. 118). Alt av lydfiler ble som avtalt slettet innen fristen oppgitt til NSD.

### **3.1.4 Intervjuguide**

Intervjuguiden (vedlegg 4) ble jobbet med i flere runder. Ut ifra min problemstilling gikk jeg flere runder sammen med veileder for å stille de riktige spørsmålene. For det å stille de riktige spørsmålene er essensielt. Hvordan spørre på en måte som rommer eksakt det jeg mener for at det skal hjelpe meg med min problemstilling. Jeg gjennomførte ett intervju først. Det ble en god samtale og jeg fikk øvd meg på rollen som intervjuer. Naturlig nok fulgte jeg intervjuguiden mer nøyaktig i det første intervjuet enn i de påfølgende. Det ble bedre flyt etter hvert.

Intervjuguiden min bestod av tilsammen seks hovedspørsmål med underspørsmål a,b,c, osv. på alle spørsmålene. Til tross for at jeg brukte strukturert intervju, ble spørsmålene av og til stilt litt om hverandre, alt etter som hvordan samtalene skred fram. Jeg sitter igjen med mer datamateriale enn hva jeg har fått brukt i denne oppgaven. Også fordi jeg underveis i analysen så at noen av spørsmålene, til tross for interessante for oss sykepleiere, var for langt utenfor min problemstilling.

## 3.2 Forskerens etiske og juridiske ansvar

I all forskning er de forskningsetiske retningslinjer viktig å følge. I denne studien har jeg forholdt meg til *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora* (2021) i tillegg til VID vitenskapelig høgskole sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet. Det ble sendt inn søknad om godkjenning av forskningsprosjektet til NSD.

Prosjektet ble også godkjent av sykehusene etter at jeg hadde tatt kontakt med rette vedkommende. De fikk begge tilsendt informasjonsskriv om mastergradsprosjektet.

Etter at godkjenning kom fra NSD, tok jeg kontakt med de ulike avdelingene som hadde sagt seg villig til å stille med informanter. Informantene overholdt selv sin taushetsplikt ved å anonymisere pasienthistoriene de presenterte under intervjuet. Om de hadde forsnakket seg, eller sagt for mye, hadde de muligheter til å kontakte meg for å gjøre endringer. Det kunne også jeg gjøre under transkriberingen.

Som forsker har jeg i henhold til retningslinjene anonymisert sykepleierne for å sikre deres personvern og identitet gjennom hele forskningsprosessen. Dette vil jeg komme nærmere inn på i kapittel 3.4 hvor jeg skriver om inndeling av informanter. Jeg har i tillegg anonymisert sykehusene hvor informantene jobber for ikke på denne måten å indirekte identifisere den enkelte informant. Om noen av informantene har nevnt sitt eget arbeidssted i løpet av intervjuet, har jeg fjernet det i transkriberingen. Dette også for å sikre informantenes anonymitet. (Johannessen, et.al., 2021, s. 50).

Alle mine informanter ble spurt om frivillig deltakelse av sine respektive enhetsledere. Da begge sykehusene er relativt små, kan det være at informantene likevel vet om hverandre. Før intervjuene startet ble alle informantene forelagt skriftlig informasjon og samtykke til egen deltakelse i studien og at de når som helst kunne trekke seg. De fikk også muntlig informasjon om dette, også etter at intervjuet var gjennomført. Informantene signerte samtykkeskjema i forkant av intervjuene. Samtykkeskjemaene ble holdt separat fra alle andre notater og ble beholdt analoge gjennom hele studien. Lydfiler på båndopptaker ble slettet i henhold til avtale med NSD.

### **3.3 Utvalg**

På grunn av at kontakten min ikke var direkte med sykepleierne selv fra starten av, ble det i denne studien en strategisk utvelgelse av informanter ved delvis selvseleksjon (Grønmo, 2023). Min forespørsel til sykehusene ble videresendte til avdelingssykepleiere på både medisinsk og kirurgisk avdeling. Jeg tok selv kontakt med avdelingssykepleierne som ga meg kontaktinformasjon til sykepleierne på de ulike avdelingene som hadde sagt seg villig til å stille til intervju. Jeg avtalte tid og sted med den enkelte. Jeg hadde ingen innvirkning på hvilken sykepleier som sa ja. Jeg har tatt utgangspunkt i at det var frivillig fra deres side.

Det som også spilte inn på hvem som møtte til intervju, var at det passet med dagens drift. Noen fikk gå fra avdelingen da de var på vakt, mens noen avtalte jeg å møte før de skulle på kveldsvakt.

#### **3.3.1 Utvelgelseskriterier**

Jeg hadde spesifisert kriteriene for utvelgelse til sykehusene. Informanter jeg trengte til studien var sykepleiere som jobbet pasientnært, helst på sengepost, enten fra kirurgisk eller medisinsk avdeling. Det var ikke ønskelig å snakke med sykepleiere på akuttmottak, operasjonsavdeling, post-operativ avdeling, fagsykepleiere på sengepost, assisterende enhetsledere eller enhetsledere da de ikke nødvendigvis jobber pasientnært.

En av informantene hadde jobbet på et sykehjem tidligere. De fleste hadde også jobbet på forskjellige avdelinger eller sykehus enn den nåværende, i disse årene. Dette synes viktig for at de selv skulle ha ulikt sammenligningsgrunnlag for eget arbeid.

<b>Informant:</b>	<b>Totalt antall år jobbet:</b>	<b>Type institusjon:</b>
Dia1	5 år	Et diakonalt og to offentlig
Dia2	3,5 år	Et diakonalt sykehus og et offentlig sykehjem
Dia3	9 år	Kun nåværende
Dia4	2 år	Kun nåværende
Dia5	2,5 år	Et diakonalt og et offentlig
Off1	3 år	To sykehus, begge offentlig
Off2	20 år	To sykehus, begge offentlig
Off3	3,5 år	To sykehus, begge offentlig
Off4	14 år	Kun nåværende
Off5	2 år	Kun nåværende

*Tabell 1: Hvor lenge informant har jobbet som sykepleier, og hvor de har jobbet.*

Sykepleierne jeg intervjuet hadde ulik lengde på hvor lenge de hadde jobbet i helsevesenet. Den som hadde jobbet kortest var to år siden ferdig utdannet. Den som hadde jobbet lengst hadde jobbet som sykepleier i 20 år. Seks av ti hadde jobbet kortere enn fem år. Alle bortsett fra én hadde tatt sykepleiegrunnutdannelsen i Norge.

Jeg kunne hatt mer fokus på utvelgelseskriteriene jeg oppgav til sykehusene med tanke på hvor lenge den enkelte hadde jobbet, for å få flere informanter som hadde jobbet lenger enn fem år. Dette var vanskelig å forutse da jeg vet hvor travelt det kan være på en sengepost og at det er vanskelig å gå fra arbeidet, og jeg ville ikke overbelaste avdelingene med for mange krav, så jeg bestemte meg for at det var bra med de ti som hadde sagt ja til å være med i studien.

Jeg endte opp med en informant som jobbet i akuttmottak på det ene sykehuset. Dette til tross for at jeg i førstekontakten med sykehusene hadde nevnt det som et eksklusjonskriterium. Jeg fikk først vite at hun ikke jobbet på sengepost da jeg møtte til intervjuet. Jeg gjennomførte likevel intervjuet fordi jeg før jeg begynte intervjuet fikk vite at hun jobbet pasientnært og at hun hadde lang erfaring. Hennes lange erfaring så jeg på som tjenlig i min oppgave. Hennes tanker og perspektiver på temaet kunne fortsatt være interessant å ha med, selv om hun ikke er sammen med pasientene over lengre tid.

Jeg satt til slutt igjen med datamateriale fra ni sykepleiere fra sengepost og én sykepleier fra akuttmottak. Det var nok informanter for en kvalitativ studie. Etter transkriberingen var gjort, så jeg nærmere på hvert enkelt intervju. Ved nærmere gjennomlesning av datamaterialet, så jeg enkelte steder at noen av svarene ikke var utfyllende nok, andre steder hadde ikke informant helt forstått spørsmålet, eller at jeg ikke hadde vært tydelig nok i spørsmålsstillingen. Noen av svarene var rett og slett ikke gode nok, og jeg måtte vurdere om de faktisk kunne brukes.

Jeg gikk derfor gjennom bakgrunnen til hver enkelt informant. En av informantene hadde tatt utdannelsen i utlandet, i tillegg til at hun kun hadde jobbet på nåværende arbeidssted. På bakgrunn av disse to faktorene samlet, i tillegg til litt språkbarrierer, ble hun ekskludert fra utvalget.

Jeg ønsket bred erfaring blant informantene, så det at de hadde jobbet på andre sykehus i tillegg til der de jobbet nå, så jeg på som en fordel. Et annet kriterium var at jeg ønsket at informantene fra det diakonale sykehuset også hadde erfaring fra offentlig sykehus. Det ble derfor med en informant i mitt utvalg som hadde jobbet på et offentlig sykehjem tidligere. Tilfeldighetene gjorde at alle informantene er hunkjønn.

Jeg har konsentrert analysen rundt de ni informantene som passet til mine utvelgelseskriterier. Svarene til informantene er av og til noe alterert for å ikke navngi hvilket diakonalt sykehus eller hvilket offentlig sykehus den enkelte informant jobber på.



### **3.3.2 Inndeling og koding av informanter**

For å skille informantene fra hverandre i oppgaven, valgte jeg å kalle de som jobbet på det diakonale sykehuset for Dia1-Dia5. Informantene fra det offentlige sykehuset valgte jeg å kalle Off1-Off5. Dette er hvordan jeg vil henviser til den enkeltes utsagn videre i oppgaven. Off4 har jeg som nevnt ikke tatt med i datamaterialet.

### **3.3.3 Andre mulige informanter**

Sett i etterkant kunne jeg også bestemt utvalget utfra hvilke pasientgrupper sykepleierne har å forholde seg til. Om jeg hadde valgt kun sykepleiere som jobbet med kreftpasienter, eller kun de som jobber i palliativt team, hadde jeg nok fått en annen type oppgave.

Jeg innhentet ikke informasjon om hvor de hadde tatt utdannelsen sin, da det ville gitt oppgaven et retrospektivt preg som jeg ikke var ute etter. Jeg ba heller ikke om informasjon om informants eget livssyn da jeg ikke ønsket fokus på om de som har et tydelig religiøst livssyn er mer opptatt av eksistensielle og åndelige behov enn andre sykepleiere. Det var ikke det jeg ønsket å undersøke.

For oppgavens interesse og relevans hadde det også vært interessant å høre fra leger, fagsykepleiere og enhetsledere. Det hadde i så fall vært en utvidelse av oppgaven. Å høre pasientenes oppfatning av mottatt sykepleie på de ulike sykehusene hadde også vært interessant, men jeg ønsket i denne studien sykepleiernes perspektiv.

Det var med andre ord viktig for meg som forsker å få fram hvordan sykepleiere generelt forholder seg til eksistensielle og åndelige behov hos pasientene, og på den måten gi et utsnitt av virkeligheten som var hensiktsmessig. (Johannessen, et.al., 2021, ss. 58-59).

## **3.4 Analyse av datamaterialet**

Jeg har fokusert analysen på ni av ti informanter. Kvaliteten på de ulike intervjuene har ført til at noen informanter er brukt mer enn andre. Dette gjelder både de fra det diakonale sykehuset og det offentlige.

### 3.4.1 Transkribering

Jeg startet transkriberingen med nøye gjennomhøring av alle ti intervju. Alt som ble sagt av både informant og meg selv som forsker ble skrevet. Jeg endte opp et sted mellom 5000 og 8000 ord på hvert enkelt intervju. Alt av ord, sukk, tenkepauser, pauseord, ble nedskrevet. Før jeg kunne skrive ut intervjuene i papirform og begynne analyseprosessen var jeg nødt til å redusere datamengden.

### 3.4.2 Datareduksjon

Før jeg kunne begynne på selve analysearbeidet, var jeg nødt til å gå i gang å organisere og dele opp datamaterialet, såkalt *datareduksjon* ifølge Johannessen, et.al.. Med ni intervjuer var det mye datamateriale som måtte organiseres for å få oversikt og se etter mønstre i besvarelsene fra informantene. (Johannessen, et.al., 2021, s. 153).

Etter hvert som jeg ble kjent med materialet fortettet jeg svarene til informantene. Med det mener jeg at jeg tok bort en del av fyllordene for å få en meningstetthet i svarene. Jeg beholdt de opprinnelige svarene i dokumentene for å kunne ha de originale svarene lett tilgjengelig, da det ville hjelpe meg å holde meg så tett opptil informantenes opprinnelige svar. Det ville også gjøre det lettere for meg om jeg på noe tidspunkt ble nødt til å gå tilbake i prosessen. Jeg lot alle direktisitat bli stående. Alle intervjuene ble så skrevet ut i papirform, og gjennomlesningen ble påbegynt.

I begynnelsen så jeg etter verdiladete ord, eller verdier, som informantene brukte i besvarelsene sine. Dette hjalp meg å gå dypere inn i materialet. Etter flere gjennomlesninger delte jeg opp alle besvarelsene, og fordelte de etter tema fra intervjuguiden: Verdier, verdibasert, eksistensielle og åndelige behov, helhetlig omsorg, dokumentasjon, og så videre. Jeg så etter «[...] det som er spesifikt i en spesiell situasjon, i stedet for det som er felles for flere situasjoner [...]» (Johannessen, et.al., 2021, s. 159) for å kunne prøve å se *bak* svaret om hva det var informant egentlig hadde fortalt, såkalt kontekstuell dataorganisering. Jeg brukte fargekoder for å hjelpe meg i denne delen av analysen. *Verdier fikk grønn farge*, svarene om *eksistensielle, åndelige behov og helhetlig omsorg* fikk oransje farge, svar som omhandlet eksempler *hos pasienten* fikk rosa farge, og det siste temaet, hvor

spørsmål om *på hvilken måte utfordret utdannelsen til verdimelessig tenkning*, fikk gul. Dette hjalp meg å sortere svarene til informantene under mine hovedtema.

Gjennom denne prosessen ble det klarere for meg hvilke svar fra informantene var mest knyttet opp til å besvare min problemstilling på best mulig måte.

Etter hvert som prosessen skred fram, ble det klarere for meg hva informant hadde sagt, jeg ble bedre og bedre kjent med materialet. Jeg fikk delt svarene inn i ulike kategorier og kunne «[...] sette merkelapper på [...] ulike temaer i datamaterialet [så kalt] kategorisk inndeling [...]» (Johannessen, et.al., 2021, s. 154-155).

Som Johannessen, et.al., presiserer er ikke bare kategorisering av datamateriale i en studie nok for å kunne begynne å analysere. Jeg behøvde også å frigjøre meg fra intervjuguiden. Ren kategorisering av datamateriale var ikke nok for å sortere og kategorisere under hvert hovedtema fra intervjuguiden min. Det var også nødvendig med en type koding. Dette for å unngå for vide kategorier. (2021, s. 155). Jeg så da etter temaer i de meningsfortattede sitatene jeg hadde kommet fram til. Disse temaene knyttet jeg opp til funn i datamaterialet. Dette førte meg til de temaene som blir presentert i kapittel 4, analysen.

I denne prosessen har jeg som forsker både benyttet en *tolkende* og en *fortolkende lesing* av datamaterialet da jeg er sykepleier selv, og interessert i fenomenet som undersøkes i denne studien. Jeg har hatt bevissthet rundt det å ikke skulle påvirke tolkningsprosessen som forsker eller som sykepleier selv (Johannessen, et.al., 2021, s. 156).

### **3.5 Metodekritikk**

Nettopp på grunn av kvalitativ fenomenologisk metode, er det viktig å nøye vurdere prosessen underveis. Det er jeg som forsker som har laget spørsmålene, gjennomført intervjuene, som har transkribert, og det er jeg som har analysert datamaterialet. Jeg må hele veien ta et skritt tilbake og spørre meg selv: hva blir sagt her av informant, hva dreier dette seg om, hva er kontekst? Besvarelsene til informantene er på sett og vis blitt fortolket av meg allerede da jeg gjennomførte intervjuene. Jeg har bevisst, og

ubevisst, fortolket svarene deres på min måte, sammenlignet med om noen andre enn meg selv hadde stilt de samme spørsmålene. Jeg har gjennom prosessen, særlig i analysen, nøye vurdert hva jeg trekker ut fra datamaterialet. Jeg har vist varsomhet ved bruk av sitater for at ikke informantens mening, oppfatning, og intensjon, ikke skal forsvinne når det presenteres i min analyse og i selve studien.

Jeg er klar over at de sykepleierne som meldte sin interesse til å være med i studien etter all sannsynlighet hadde en interesse i tematikken fra før av. Jeg kunne alternativt som utvalgsmetode valgt kvoteutvelgelse eller slumputvelgelse for også på denne måten å undersøke hvordan det står til med eksistensiell og åndelig omsorg i dagens helsevesen. (Grønmo, 2023). Gitt dagens travle arbeidshverdag på sykehusene, og at dette er en masteroppgave, var ikke det et alternativ i denne studien.

### **3.5.1 Reliabilitet**

Reliabilitet i forskningssammenheng handler om «pålitelighet» i de data som er samlet inn, og hvordan datamaterialet er blitt bearbeidet i studien (Johannessen, et.al., 2021, s. 27).

Det har tatt fire år fra transkribering til selve dataanalysen ble påbegynt vår 2022. Til tross for dette tidsgapet, er jeg av den mening at datamaterialet jeg har innhentet likevel har en relevans innenfor dette feltet. Sykepleiernes perspektiver og tanker som jeg fikk presentert i intervjuene, er fortsatt interessante, relevante og i så måte også aktuelle. Dette er ikke en studie for å bekrefte eller forklare en tendens, men som et innblikk i hvordan noen sykepleiere på to ulike sykehus tenker og jobber med pasientenes eksistensielle og åndelige behov.

Som sykepleier selv, er dette feltet ikke ukjent for meg å være i. Jeg er på sett og vis ikke en fremmed som kommer inn på deres arena med helt blanke ark. For informantene er jeg en fremmed, men ord og uttrykk som jeg bruker, forteller de at også jeg er sykepleier og har kjent på det de har kjent på av utfordringer når det gjelder tematikken. Jeg har etter beste evne vurdert underveis hvor mye av meg selv jeg putter inn i det jeg påstår at jeg «hører» fra informantene. Når det er sagt, kan det også være en fordel med min forforståelse, inn i både intervjusammenhengen, transkriberingen og fortolkningen. De kan oppleve å bli forstått,

sett og anerkjent for det de prøver å gjøre i jobben sin, noe som gjør at de kanskje tørr å være mer åpne. Samtidig kan det at jeg presenterer meg som sykepleier og forsker, ha noe å si for hva informantene velger å dele, at de sier og svarer det de tror jeg vil vite, i stedet for at de kanskje hadde svart noe annet hadde det vært anonyme spørreskjema.

### **3.5.2 Validitet**

Validitet i forskningssammenheng handler om «[...] hvor godt, eller relevant, data representerer fenomenet.» (Johannessen, et.al., 2021, s. 43). Jeg er av den oppfatning at jeg ved hjelp av intervju som metode, har fått fram data som «avspeiler de fenomener [...] som interesserer oss» som Pervin skriver i Johannessen et.al. (2021, s. 256). I og med at jeg valgte å ta utgangspunkt i to forskjellige sykehus for å få et bredere tilfang av sykepleiere, mener jeg at studien har styrket validitet i motsetning til om det bare var ett sykehus som ble undersøkt. Mine informanter representerer to ulike sykehus, som på hver sin måte er representanter for «det norske helsevesen». Med ni informanter, er studien min ikke på noen som helst måte representativ på vegne av alle sykepleiere i det norske helsevesen, men jeg er av den oppfatning at studien i seg selv kan gi et lite utsnitt på hvordan sykepleiere forholder seg til eksistensielle og åndelige behov hos pasienten. En annen årsak til at denne studien ikke er representativ for alle sykepleiere, er at de informantene som sa seg villige til å bli med i studien, allerede var interessert i tematikken. Kanskje i motsetning til de av kollegene som ikke meldte seg til å delta i studien. Hva de tenker om tematikken hadde også vært interessant.

Under arbeidet med teorikapittelet, fant jeg at mye av det som kom fram i datamaterialet mitt også er å finne i litteraturen, i tillegg til i annen forskning på feltet. Dette kan også sies å styrke validiteten i denne studien, da det handler om «hvorvidt det er samsvar mellom teoretiske begreper og operasjonelle definisjoner.» (Johannessen, et.al., 2021, s. 44).

## 4 Sykepleiernes måter å forholde seg til pasienters eksistensielle og åndelige behov – analyse

Dette kapittelet vil i hovedsak inneholde en analyse av datamaterialet fra intervjuene som er gjennomført. Jeg har valgt ut de mest sentrale svarene fra datamaterialet, som er mest knyttet til min problemstilling. Overskriftene i dette kapittelet er satt opp tematisk utfra funn, heller enn rekkefølgen fra intervjuguiden. Dette gir en bedre flyt i teksten, og det blir en oppbygging mot drøftingen i det påfølgende kapittel 5.

Jeg er klar over at det i denne prosessen vil være vanskelig å unngå og ikke ta med min egen stemme i analysen, da en fortolkning fra min side allerede skjer ved transkriberingen. I boken *Masteroppgaven. Hvordan begynne – og fullføre* står det at «En presentasjon av materiale ikke skje[r] uten at det ligger en viss fortolkning til stede» (Everett & Furseth, 2004, ss. 150-151). Jeg har vært ute etter å få tak i meningsinnholdet i det informantene har delt og vil i dette kapittelet analysere *meningsinnholdet* i datamaterialet, som Johannessen et.al, skriver i boken *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*: «I fenomenologisk metode analyserer forskeren det som kalles *meningsinnhold*. Han er opptatt av *innholdet* i datamaterialet.» (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2021, s. 170).

### 4.1 Kartlegging

Så hvordan er det sykepleiere på sykehus forholder seg til innlagte pasienters eksistensielle og åndelige behov? Det jeg vil vise i dette kapittelet er hva mine informanter har gitt meg av deres forståelse rundt denne tematikken. I teorikapittelet gjorde jeg rede for og tydeliggjorde at å forholde seg til pasientenes eksistensielle og åndelige behov var en del av den helhetlige sykepleien. Jeg vil nå gjennom min datasamling vise hvordan mine informanter utfører denne delen av sykepleien.

Jeg har som nevnt tidligere gått gjennom datamateriale og kategorisert svarene til informantene. Jeg har sett på spesifikt hva de svarte når det gjelder forståelse av begrepet *eksistensielle og åndelige behov*, jeg har nøye gått gjennom alle svarene deres om hvordan de selv mener de jobber med det og hvilke *verktøy* de bruker i dette arbeidet. I datamateriale har det også dukket opp andre faktorer som på sett og vis påvirker sykepleier i arbeidet. Det har dukket opp forklaringer fra informantene til hvorfor fokuset deres reduseres når det gjelder å bruke tid på å ta seg av eksistensielle og åndelige behov hos pasientene. Disse forklaringene, handler om både indre faktorer hos den enkelte sykepleier, men også ytre faktorer som påvirker arbeidet deres. En annen kategori som dukket opp i analyse materialet var dokumentasjon. Sykepleiere skal dokumentere sykepleie som gis og ikke gis, derfor er et eget underkapittel viet nettopp dette temaet.

#### **4.1.1 Forholder sykepleier seg til behovet hos pasientene?**

Det korte svaret er at ja, sykepleierne både på det diakonale og det offentlige sykehuset forholder seg til pasientenes eksistensielle og åndelige behov, men i større eller mindre grad. Jeg skal i det følgende vise hvordan de gjør det, men vi kommer ikke utenom det faktum å snakke om hvorfor de *ikke* gjør det. Sykepleierne prøver å «[...] være litt flink å spørre om det [åndelige behov] hvis jeg har inkomstsamtale med pasient» (Dia1). De presiserer at som helsepersonell så skal de «[...] se hele mennesket, ikke bare sykdommen som rammer. At man faktisk snakker med og ser hva som er viktig for pasienten og hører på hva pasienten har å si.» i følge Dia2. I en inkomstsamtale mellom sykepleier og pasient, vet sykepleier at punkt 11 i sykepleiedokumentasjonen (DIPS) handler om «åndelighet», men informant på det diakonale sykehuset mente at det i en sånn setting kan være vanskelig å vite eksakt hvordan man skal formulere spørsmålet rundt dette punktet, sånn at både sykepleier og pasient er enige om hva som legges i begrepet. Som denne sykepleieren på det diakonale sykehuset sier: «[...] har prøvd å tenke litt på det – hvordan jeg kan spørre om dette så at jeg får et svar som kan være til hjelp for pasienten, men som oftest synes jeg det har vært vanskelig» (Dia1).

Som jeg har nevnt i teorikapittelet, og som også informant påpeker, så er det jo «[...] vi sykepleiere som er hos pasientene, som må fange opp disse behovene [...] samtidig så synes

jeg ikke at hver enkelt sykepleier nødvendigvis selv er ansvarlig for på en måte møte det behovet [...] hvis jeg fanger opp et behov hos pasienten er jeg komfortabel med å gå inn i en sånn situasjon.» (Dia1).

Naturlig nok var det noen av informantene som knyttet eksistensielle og åndelige behov til pasientenes tro, religiøse tro. Informant tenkte «[...] først og fremst på tro» (Off1). En annen informant på samme sykehus sa: «[...] da tenker jeg at noen pasienter har en tro [...] eller de behovene man har knyttet til det.» (Off3).

#### **4.1.2 Verktøy som benyttes**

I pasientmøtene stiller sykepleierne med sine kliniske blikk og sin fagkunnskap. De bruker alle de ulike møtene de har med pasienten til å observere, vurdere, og evaluere pasienten og situasjonen. Det gjelder både når de tar målinger, serverer mat, deler ut medisiner, går legevisitt, utfører stell, og når de mobiliserer pasienten. Jeg vil i det følgende gi noen eksempler på verktøy informantene fortalte at de benytter seg av i pasientmøtene.

Som nevnt av informantene var stellsituasjonen en av arenaene som ble benyttet av flere informanter, for da kan man «få gode samtaler, for da blir det ikke så oppstilt, og det blir lettere for pasient å åpne seg.» (Dia1).

Informantene fortalte om blant annet det å *vis*e at man har tid var essensielt. En sykepleier på det offentlige sykehuset sa: «Når vi tar oss tid, setter oss ned, og viser at nå har jeg tid, så er det mange som kan åpne seg for oss [...].» (Off3). Prat, altså samtale var også viktig. At de kan «[...] prate med pasienten rett og slett [...] prate om det de har å snakke om da, eller høre mest. Det har jeg opplevd en del ganger.» (Off1).

Dette bringer meg videre til tillit og at flere av informantene presiserer viktigheten av at pasienten opplever en trygg relasjon. Som en sykepleier på det diakonale sykehuset sier: «Man må opparbeide tillit for å kunne ta den samtalen [om eksistensielle og åndelige behov].» (Dia2). Dette forteller også en annen sykepleier på det samme sykehuset, at det må ligge et tillitsforhold i bunn før man merker at pasienten våger å åpne seg opp: «[...] jeg synes det er litt utfordrende faktisk [...] jeg føler ofte at jeg må bli litt kjent med pasienten først [...] de må bli trygge på meg [...].» (Dia4).



Et annet verktøy informantene brukte for å åpne opp for samtale var måten man stiller spørsmål på. En av sykepleierne på det offentlige sykehuset sa: «Jeg prøver å stille åpne spørsmål, og så prøver jeg å være stille i samtale med pasient. Lytte, tillate meg [...] å ikke si for mye. [...] det kan være vanskelig, men det gir ofte rom til at de åpner seg mer.» (Off3). Men det er avhengig av hvem pasienten er, som samme sykepleier nevner, at det er «[...] forskjellig fra pasient til pasient hvilken tilnærming man tar, hvilke spørsmål man åpner med, utfra [...] hva jeg har opplevd hva problemene deres er [...] bare det å sitte og kaste litt ball med de [...] jeg har ikke noe fasit, om det de lurer på, men at man kan kaste litt ball, for å lufte tanker. Hvis man klarer å åpne for samtale.» (Off3).

En av informantene på det diakonale sykehuset nevnte også det å *vise* at man lytter er viktig, at man ikke alltid trenger å si så mye. «Vise at du har tid og vise at du er interessert i å snakke om det, vise at du lytter.» (Dia2).

Samtidig som man skal vise at man har tid og vise at man lytter, var det også en av informantene på det diakonale sykehuset som sa at man kan «[...] sette ord på det du ser, eller bekrefte at det du har fått vite, eller at det som har skjedd – det er en tung beskjed å få. At hvis du trenger å prate om det så er ikke det noe rart – vi er her. [...] Forsøke å normalisere det at det trengs å prate om, kanskje?» (Dia5). Etter hvert som man får erfaring så lærer man seg ulike verktøy for å nå inn til pasientene «[...] det er det du lærer etter hvert [...] å ta tak i det lille som kanskje er der.» (Off2).

En annen informant brukte ordet å «lese» pasienten. Det handler om det kliniske blikket som jeg nevnte innledningsvis i dette kapittelet. Informant på det diakonale sykehuset sa: «Du må prøve å lese pasienten, og hvis du føler på en måte instinktivt at det er et behov som du bør prate med pasient om, så gjør jeg jo det [...] som en magefølelse på om pasienten sitter inne med noe som enda ikke er pratet om [...] som han trenger å prate om [...] det er på en måte framtoningen, det pasienten sier, hvordan han ser ut, blikk, eller fravær av [...]» (Dia5). Det å «lese» pasienten er nok noe nærliggende til det informant på det offentlige sykehuset kaller å «sense» pasienten. Hun utdyper: «Når du møter pasienten [...] så senser du at dette er en dårlig pasient [...] det er noe med helheten [...] så er det ett eller annet med, det er rart, jeg klarer ikke helt å forklare det [...] du senser at her ligger det noe mer, på måten pasient prater eller prater om noe.» (Off2).

Og når sykepleierne opplever at de ikke strekker til, for det snakket flere av informantene om – hva gjør de da? De fleste informantene bekreftet at de alltid forsøkte å snakke med pasienten selv først, men «hvis jeg føler at jeg ikke strekker til, eller egentlig uansett, så tilbyr jeg, eller informerer om at det fins mulighet for å prate med noen [som er mer kvalifisert]. Men jeg vil jo alltid prøve å prate med pasienten først.» (Dia5). «Eller så kan man også tilby enten sosionom eller prest. Hvis de ønsker noen som er helt utenforforstående i forhold til journal og sykdom» (Off3).

«Hvis jeg føler at jeg ikke kommer noen vei [...] for det kan jo være at pasient ikke åpner seg for meg [...] kanskje hadde åpnet seg for kollegaen min [...] vi er jo alle forskjellige mennesker [...] jeg har nok veldig lett for å luften for pasient at «bare sånn at du vet det, så har vi tilbud her på sykehuset om [samtale med person som er mer kvalifisert], om dette er noe du ønsker nå» [...] sånn hvis jeg føler at jeg ikke kommer noen vei selv, eller føler at det er et behov pasienten har som jeg ikke klarer å dekke.» (Off3).

Informantene fortalte at når innvandrere blir innlagt på deres sykehus, blir sykepleierne mer opptatt av at de er «mer religiøse» enn den vanlige norske pasient og at det blir lettere for de å spørre om religiøs tilknytning. Sykepleier på det diakonale sykehuset sier det sånn: «Vi er kanskje flinkere til å spørre, om de tilhører en religion hvis det ser ut som de kommer fra en annen del av verden [...] at man tenker at de har mer fokus på hvilket livssyn de har enn noen som er fra Norge, da er det lettere for å spørre.» (Dia2).

Likevel konkluderer den samme sykepleieren med et lite tankekors: «Men vi er nok litt dårlige generelt til å spørre de aller fleste om, eller snakke om åndelige behov med pasientene.» (Dia2).

#### **4.1.3 Gjør det noe med forståelsen av eksistensielle og åndelige behov om behov byttes ut med smerte?**

Den viktigste jobben til sykepleiere er å hjelpe pasienter å dekke sine grunnleggende behov. I og med at eksistensielle og åndelige behov kan oppfattes litt abstrakt, valgte jeg å bytte ut *behov* med *smerte* og spørre de hva de da fikk av assosiasjoner. Det ble både mer konkret og mer alvorlig for sykepleier hvis pasienten kjente på *smertes* og ikke et *behov*. De ble mer

villige til å agere og forsøke å lindre pasientens eksistensielle og åndelige *smerte*. Men da var det nye hinder som kom i veien, blant annet om hvordan de kunne formulere seg for at pasienten skulle forstå: «[...] men vet ikke om pasienten ville skjønt spørsmålet mitt, må finne en annen måte å spørre på, men det hjelper meg å vite mer hva jeg skal spør om som sykepleier.» (Dia1). En annen sykepleier på det diakonale sykehuset svarte at hvis man oppfattet at det eksistensielle og åndelige *smertes*, at man da ville få kvaler i etterkant: «Hvis du ser at det er et problem for pasienten [...] da bør du jo ta tak i det, eller så vil du jo gå hjem og føle at du ikke har gjort jobben din ordentlig.» (Dia5). Det ble tydelig straks mer alvorlig for sykepleierne om pasienten hadde *smertes* i stedet for *behov*, selv om det var et ukjent begrep, så utgjorde det en forskjell i sykepleiers forståelse: «[...] da høres det verre ut. Har ikke hørt så mye snakk om det [...] høres ut som man på en måte virkelig har det vondt, virkelig sliter med tanker. Så hvis jeg hadde hørt noen som hadde eksistensielle og åndelige *smertes* ville jeg [...] fått hjelp fra noen som kunne mer enn meg.» (Dia2).

Det samme gjaldt for sykepleierne på det offentlige sykehuset, pasientens utfordringer ble mer alvorlig og de opplevde at det måtte tas tak i, umiddelbart: «Hvis du bytter *behov* til *smerte* tenker jeg psykiatri med én gang – det er vondt å leve [...] Det har vi mange av her. Men det blir ikke tatt tak i her – vi har ikke tid til det her. Vi sender de videre i systemet.» (Off2). Samtidig så ble det også litt mer komplisert og sykepleier opplevde at hun ikke klarte å sette ord på det: «Jeg tenker at det er en forskjell på det, men jeg klarer ikke helt å sette ord på det. Jeg er liksom ikke så godt kjent med det selv, men jeg tenker jo at [...] *smerte* [...] må være en lidelse som de kjenner på, som ikke smertelindres med morfin [...] jeg er helt ærlig ikke god på det [...] den følelsen som ingen helt klarer å beskrive, men som jeg tror de fleste har kjent på.» (Off3).

## 4.2 Faktorer som påvirker

I mitt datamateriale er det flere forklaringer som dukker opp, når det gjelder hvorfor sykepleiere ikke nødvendigvis forholder seg til pasienters eksistensielle og åndelige behov i arbeidshverdagen. I analysearbeidet delte jeg det inn i to kategorier, henholdsvis ytre

faktorer og indre faktorer. Under ytre faktorer var det tid som var mest dominant, etterfulgt av produksjon.

#### **4.2.1 Ytre faktor - tid**

Som vi alle vet fra diverse medieoppslag, er det mangel på sykepleiere i dagens helsevesen. Sykepleiere opplever at det blir flere pasienter per sykepleier. Dette kjenner den enkelte sykepleier på, og opplever å strekke seg langt for å gjøre alle oppgavene de er pålagt å gjøre, så også informantene i denne studien. Som en av de fortalte under intervjuet; man får «tre armer i stedet for to» (Dia1). Dette går utover sykepleiers opplevelse av egen identitet: «Jeg har ikke tenkt på det før du sier det nå, men jeg føler at den jeg gjerne vil framstå som [...], det er sånt fokus på å jobbe raskt [...] den jeg ønsker å være som sykepleier er det på en måte ikke plass til i den travle hverdagen vi har her» (Off2).

Sykepleier på det offentlige sykehuset sier at det er «ikke allright hvis de [pasienten] sitter og åpner seg, kanskje gråter, og så må jeg gå etter fem minutter. Det er ikke greit.» (Off3). Det er ubehagelig å måtte løpe videre til neste pasient når man egentlig burde være hos den ene pasienten. En annen sykepleier opplever at man overser pasienters behov: «Tror det kanskje er mange flere som har et behov enn det vi fanger opp, det vil jeg tro, for det går nok litt på tid, at man har ikke så god tid til å snakke så lenge med pasientene lenger. Det er jo veldig synd.» (Dia2).

Sykepleier på det diakonale sykehuset bruker ordet «trist» når hun snakket om hva det gjorde med henne at hun ofte ikke rakk å bli kjent med pasientene utenom diagnosen: «Å få vite hvem pasienten er utenom sykdommen er jo mye triveligere enn når du bare ser det fysiske problemet, løser det og så skrives pasienten ut. [...] det er jo slik det stort sett er [...] man vet ingenting annet om pasienten nesten enn akkurat casen, rekker nesten ikke noe annet. Og det er trist.» (Dia5).

Samme sykepleier sier at hun «[...] jobber mindre enn jeg burde med eksistensielle og åndelige behov til pasienten. [...] Med mindre du ser at pasienten sliter, eller at du føler at pasienten trenger å prate [...]» (Dia5). Hun fortsetter «[...] men jeg tar sjelden initiativ til det selv, fordi jeg kanskje ikke har den tiden man trenger til å sette seg ned og ta praten

ordentlige [...] da føles det nesten enda verre å ta det opp [...] enn å bare la det være.» (Dia5). Tid oppleves som veldig essensielt. Informantene ønsker å bruke tid på dette, men tid er noe de ikke har. «Hvis det [eksistensielle og åndelige behov] på en måte ikke kommer opp naturlig, så blir det ikke tatt opp fra min side [...] det vil som regel ta tid som man trenger til å fullføre oppgavene jeg helst skulle gjort før jeg gir de videre til neste vakt» (Dia5). Å bruke tid på pasienters eksistensielle og åndelige behov «stjeler» tid sykepleierne skulle brukt på andre oppgaver, som de da må delegere til kollegaer på samme vakt, eller neste vakt. For alle sykepleiere har en liste med ulike oppgaver de skal fullføre i løpet av en vakt: «[Samtaler om eksistensielle og åndelige behov] står dessverre ganske langt ned på lista [...] eneste hvis det på en måte er spesielle hensyn du må ta i forhold til mat eller lignende. Eller at pasienten selv sier at de er personlig kristne eller muslim» (Dia5). «Det er jo ikke etisk riktig – å ta opp en ting bare for å ta det opp, for at da har du gjort din del, men du har ikke tenkt å følge det opp. Du må ha tid til å ta imot uansett hva som kommer» (Dia5).

Det med tid, er det flere av informantene som kjenner på: «Det er mange ensomme mennesker der ute, som sliter. Og da sitter jo kanskje den smerten egentlig [...] de kommer inn på grunn av én ting, men så sitter det egentlig et helt annet sted [...] det blir jo angst det da. Ta en Vival, ha det bra. Dra hjem. Det er jo ikke holdbart. Somatiske sykehus er ikke tilrettelagt for å ta vare på disse som trenger litt mer.» (Off2). Den samme sykepleieren sier «at å jobbe verdibasert er en *utopi*». Dette forklarer hun med at «fordi fokus er på pasientens somatiske problem, glemmer man ofte mye av *det andre* rundt pasienten. Fordi vi er så fokuserte på å finne diagnose og få pasienten videre i systemet [...] jeg tror at verdier og verdibegreper blir borte [...] for det er ikke noe vi har tid til!» (Off2).

#### **4.2.2 Ytre faktor - Produksjon**

En annen ytre faktor som kommer fram i datamaterialet, er *produksjon*. Det var særlig en av informantene på det offentlige sykehuset som var opptatt av dette. Informant refererte til en kollega “[...] som snakker om helhetlig sykepleie og at det ikke skal bli borte ved at vi skal ta over alle legeoppgavene for da blir det bare fokus på prosedyrer – vi ser ikke pasient lenger [...] som er en del av sykepleien. Vi skal ikke være diagnosefokuserte [...] vi skal også tenke sykepleiefaglig, som går på dette med de grunnleggende behovene. Hun [kollega] er

veldig opptatt av det og minner oss på det når fokuset blir [...] lære å gipse og vi skal lære å ta blodgass og vi skal lære å ta prøver og vi skal datten og datten – som egentlig er legeoppgaver [...] jeg tenker det er synd hvis sykepleieryrket og det vi er opplært i blir borte [...]» (Off2). Hun er tydelig på at: «Det går ikke an å tjene penger på syke mennesker. Hvorfor skal vi hele tiden få beskjed om [underskudd]? Det er ikke noe vi får gjort noe med, vi må behandle den syke pasienten uansett [...]» (Off2). Hun har erfaringer med at de pasientene som kommer på sykehus i dag blir eldre og eldre og at det dermed også blir flere diagnoser som behandles per pasient: «Gamlemor på 92, kan ikke gi oss overskudd i helsevesenet – det går ikke, for hun feiler det så mye [...] vi lever lenger, og det er mer og mer som feiler [pasientene], jeg synes det er synd at det er økonomi som styrer helsevesenet i dag.» (Off2).

### 4.2.3 Indre faktorer

Sykepleier på det offentlige sykehuset sier: «Jeg tror veldig mange kvier seg for å åpne den døra, selv om agnet ligger der, men vi kvier oss fordi det er veldig mye vanskeligere og mye tyngre å ta tak i det åndelige og psykiske enn det er å ta tak i det somatiske og det håndfaste.» (Off2). Det ble uttrykt som et savn, det å ha mer fokus på eksistensielle og åndelige behov: «Jeg synes ikke vi har nok fokus på det [...] savner mer fokus på [...] hva vi som sykepleiere kan gjøre for å åpne til samtale, hva vi kan gjøre for å bidra til å lindre smerte – den eksistensielle smerten [...] jeg synes vi kanskje er litt for raske til å «vil du samtale med en prest?»» (Off3).

En annen *indre* faktor som kommer fram i datamaterialet er altså at det blir for nært på, for personlig for sykepleier, dette med pasientens eksistensielle og åndelige behov:

«[...] da skulle jeg ønske at man kunne tatt tak i det, men jeg må si at vi veldig ofte – eller jeg – overser det fordi jeg vet at når det er noe – du sier åndelige jeg hadde sagt sykkelig – at det sitter i hodet, så velger jeg kanskje i enkelte tilfeller å overse det, fordi at det er så mye mer! Det er så vanskelig å ta tak i det, både fordi at det kan touche ting ved meg, pluss at det krever andre former for behandling enn man er flinke til i somatiske sykehus enn å kunne gi morfin og Stesolid og så bli pasienten rolig. Sånn at jeg tror nok at jeg [...] vi er dårlige til å ta tak i dette åndelige – fordi det krever mye mer [...]» (Off2).

### 4.3 Dokumentasjon

I intervjuene blir informantene spurt om dette med dokumentasjon, punkt 11 som er i sykepleiedokumentasjonen. Spørsmålet handler om informantene pleier å dokumentere noe på dette punktet, eller om punktet blir stående tomt. Dette er det flere av de som bekrefter at de har diskutert i kollegafellesskapet, på begge sykehusene. En av sykepleierne uttrykker ganske spontant «Å! Det var interessant!» (Dia1) når jeg spør om punkt 11 i dokumentasjonen blir fylt ut. Hun svarer likevel at det «[...] blir fort de «overflatiske» tingene; halal, ikke blodoverføring [...]» selv om det «[...] er vel egentlig oss på sengepost som er ansvarlig for å følge opp den delen [...]» (Dia1). Det samme svarer Dia3: «Nei, ikke så ofte, nei det er sjelden det står noe der. [...] noen ganger [...] personlig kristen [...] muslim [...] vil ikke ha blod, ellers kanskje det ikke står så mye der.» Det samme gjelder sykepleierne på det offentlige sykehuset: «[...] hvis det er en av våre nye landsmenn og jeg må skrive at vedkommende er muslim og spiser ikke kjøtt [...]» (Off2). «Veldig sjeldent jeg fyller ut punkt 11 [i dokumentasjonen] med mindre jeg har en som for eksempel er muslim, eller en ukjent religion hvor det er noe spesielt [...] ekstremt sjeldent at jeg ser det [er fylt ut].» (Off1). Informantene fra begge sykehus svarer bekræftende på at punkt 11 blir stående tomt i dokumentasjonen om det ikke er praktiske hensyn som må tas. Alternativt er at det tas bort eller slettes.

Det informantene forteller er at det til tross for at punkt 11 blir stående tomt, så dokumenteres det likevel om pasientenes eksistensielle og åndelige behov, dog andre steder: «[...] men vi skriver det kanskje et annet sted [i sykepleiedokumentasjonen].» (Dia3). Det er flere av informantene som svarer at de opplever at punkt 2 i dokumentasjonen er mer dekkende for dette temaet, *kunnskap/utvikling/psykisk*. Sykepleier på det diakonale sykehuset sier at årsaken til at hun skriver om eksistensielle og åndelige behov på punkt 2 er at det er: «[...] lettere å formulere seg innenfor det begrepet [...]» (Dia5). «[...] vi er litt inne på det under kunnskap og utvikling, punkt 2 [...] kan være litt inne på det der hvis man har hatt en samtale med pasienten da, eller at hun har uttrykt [...] en form for et eksistensielt behov da [...]» (Dia4). Dette er også dette informantene på det offentlige sykehuset bekrefter: [...] stort sett alt som omhandler pasientens følelser og behov skrives under punkt 2, jeg føler mye havner der [kunnskap/utvikling/psykisk].» (Off3).

Som svar på hvorfor de gjør dette, er svaret: «[...] at man kanskje har en tendens til å tenke at vi lander på depresjon eller at pasient er deprimert eller nedstemt, at det kanskje derfor havner på punkt 2 fordi vi ikke vet bedre [...] om det er eksistensielle behov – vi klarer ikke helt å skille det rett og slett.» (Off3.). Informant på det diakonale sykehuset svarer det samme på årsaken til dette: «[...] dette med åndelighet blir kanskje ofte litt sånn fjernt, at man ikke helt vet.» (Dia4).

Terskelen for å dokumentere under punkt 11 synes også å handle om hvor *dype* samtalen med pasientene blir: «[...] skal du skrive det under punkt 11, så må du ha gått dypere inn i det før du kan skrive det der. Du må ha hatt en ordentlig samtale med pasientene [...]» (Dia5). I tillegg til at det kan være *vanskelig*: «Det er nok litt fordi at vi, det kan være vanskelig å spør om, det er kanskje ikke det første man kommer inn på med én gang.» (Dia2). Informant på det offentlige sykehuset snakker om å *se sammenhenger* når det kommer til hvorfor punkt 11 ikke blir brukt: «[...] kanskje det kommer av at vi [...] ikke er flinke til å se den sammenhengen der da [...] at vi tenker at det er psykisk? [...] jeg har aldri sett noen dokumentere [om noe eksistensielle eller åndelige behov] på punkt 11 [...]» (Off5).

## 4.4 Fra ideal til virkelighet

Hva skjer når man går fra å være student til arbeidstaker, når alt man har lært skal overføres til praksis. Som nyansatt er det mange rutiner og retningslinjer man skal sette seg inn i, både skrevne og uskrevne regler. Tatt i betraktning at alle har vært innom eksistensielle og åndelige behov på studiet – hvordan gjør man det i praksis, ute i det virkelige liv? Informantene nevner *etikk* oftere enn begrepet *eksistensielle og åndelig behov*. Det var mye etikk og teoretikere i utdannelsen «som ga et ganske godt grunnlag for refleksjon [...] egentlig er det lett overførbart til praksis» (Off1) svarte en av sykepleierne på det offentlige sykehuset. En annen informant opplevde at utdannelsen utfordret henne mye til verdimelessig tenkning, men at «verdimelessig tenkning blir litt borte – etter hvert» (Off2). Jeg



vil i det følgende vise hva som kom fram i datamaterialet når det gjelder denne overgangen fra ideal til virkelighet.

Informant på det diakonale sykehuset husket at det var mer fokus på eksistensielle og åndelige behov i utdannelsen, så man «[...] ser med én gang du kommer ut i arbeidslivet at du har jo ikke tid til å drive med det du blir opplært til å drive med på studiet akkurat.» (Dia5). Informant kjenner på det å ikke *nå helt opp* i forhold til sitt eget ideal: «[...] det handler om verdier hele tiden, og prioriteringer, hvordan jeg legger opp dagen min, hvilke pasienter jeg går til først, hvordan jeg går inn til pasienten [...] hvordan har jeg jobbet i dag utfra verdier og det som på en måte er mitt ideal – så er det ikke alltid jeg når helt opp. Dessverre.» (Dia1). Under rutiner og grunnleggende sykepleie i studiet lærer man for eksempel at to og to utfører oppgaver sammen: «Vi lærte å re senger og det var en tomannsjobb [...] det har jeg aldri opplevd at man er to personer på å gjøre [...]» (Dia1). Informant på det offentlige sykehuset snakker også om denne overgangen: «[...] det å sitte på skolebenken versus det å møte pasienter [...] kan ikke sammenlignes [...] ingen som forteller deg hvordan du kommer til å reagere [...] gjelder å være profesjonell [...] du må først oppleve før du vet hvordan du skal håndtere det [...] jeg tenker at man kan nok aldri bli godt nok forberedt på skolen.» (Off3).

Informant på det diakonale sykehuset svarer at «[...] når du kommer ut i praksis så ser du at den ideelle måten å jobbe på, den er ikke alltid virkelig. Man blir mer effektiv, man har plutselig tre armer i stedet for to [...] det er vanskelig å leve opp til det idealet som står i bøkene [...]» (Dia1). En annen sier det på denne måten: «[...] du har jo ikke tid til å drive med det du blir opplært til å drive med på studiet akkurat.» (Dia5). Og når man har jobbet noen år, så risikerer man at «[...] verdimessig tenkning blir borte etter hvert [...] tenker på det hver gang vi har sykepleiestudenter her [...] vi er nok bevisste det, men det blir nok litt borte etter hvert som man jobber [...] det er krevd av sykepleiere i dagens samfunn at fokuset blir flyttet litt vekk fra det etiske veldig mange steder.» (Off2).

Som her vist, er det flere av informantene som bekrefter at overgangen fra studiet til arbeidslivet er stor. Det er også et savn at arbeidsgiver ikke har mer fokus på eksistensielle og åndelige behov hos pasientene: «[...] arbeidsgiver har ikke så mye fokus på det, kanskje

ikke så mye som det burde vært? I forhold til hvor viktig det er da.» (Off1). I tillegg til at en av informantene snakker om begrepene hun ble presentert i intervjuet:

«[...] jeg bare føler at det er en del begreper [i intervjuet] som jeg tenker at «shit, dette her, hva er det egentlig det betyr? Jeg bruker ikke disse begrepene til daglig [...] jeg tenker ikke på [begrepene], det ligger nok der, det håper jeg at det gjør [...] hvert fall eksistensielle og åndelige behov, som sykepleier så bør jeg jo tenke på det. Og egentlig åndelig også [...] det er litt sånn hverdagen er – vi har et annet fokus dessverre.» (Off2).

«Man har lyst til å trygge [pasienten] på en eller annen måte, men man har jo ikke svar på noen ting, så det er veldig vanskelig på en måte [...] og at man blir kjent med hele mennesket da, at man prøver på det.» (Off1).

Når det gjelder å se hele mennesket, eller helhetlig sykepleie, har alle informantene en formening om hva det innebærer. Informant fra det offentlige sykehuset sier det er «[...] vanskelig [...] men at man ser alle sider ved pasientens behov [...] både små og store ting [...]» (Off1). En annen fra samme sykehus svarer at å «[...] se for seg hele mennesket, ikke bare det fysiske. At man ser det psykiske, fysiske, åndelige og det psykososiale.» (Off3). Det samme svarer informant fra det diakonale sykehuset: «[...] at man ser på hele mennesket, ikke bare akkurat sykdommen som rammer. At man faktisk snakker med og ser hva som er viktig for pasienten og hører på hva pasienten har å si, at man tar med pasientens egne betraktninger, det er viktig.» (Dia2). «[...] vi skal se hele mennesket [...] åndelig, det fysiske og det psykiske [...] det eksistensielle [...] det er på en måte hele mennesket og alt det som det mennesket rommer [...]» (Dia4).

## 5 Drøfting

Formålet med denne studien var å se på hvordan sykepleiere fra to ulike sykehus forholder seg til innlagte pasienters eksistensielle og åndelige behov. Det ene er et diakonalt sykehus og det andre er et offentlig sykehus. Jeg vil i dette kapittelet drøfte og svare på min problemstilling i lys av teori og med data fra datasamlingen min, i tillegg vil jeg supplere med annen litteratur for å gi økt forståelse.

### 5.1 Sykepleiere som forholder seg til pasienters eksistensielle og åndelige behov

Som utgangspunkt, vil jeg på bakgrunn av funnene i denne studien påstå at alle mine informanter både på det offentlige og på det diakonale sykehuset forholder seg til pasienters eksistensielle og åndelige behov, men i forskjellig grad.

#### 5.1.1 Sykepleieutdannelsen

For det første, det å ta vare på pasientens eksistensielle og åndelige behov er noe alle sykepleiere blir lært opp til i sin grunnutdanning. Mine informanter sier at de alle har «hørt om temaet» i løpet av studiene. De har lært at det er en del av den helhetlige sykepleien, at det henger sammen med det fysiske, psykiske og sosiale. Dette bekreftes for så vidt også i studien «*Eksistensiell omsorg*» i *bachelorutdanningen i sykepleie – en dokumentanalyse* utført av ansatte på Lovisenberg diakonale høgskole. Hensikten med studien var å undersøke og beskrive i hvor stor grad eksistensiell omsorg er konkretisert i studieplaner, emneplaner og pensumlister i norsk sykepleieutdanning. Deres konklusjon var at denne type omsorg er godt integrert og tematisert i alle utdanningene.

Men er det egentlig grunn god nok til å konkludere med at informantene i min studie forholder seg til pasienters eksistensielle og åndelige behov fordi de i «noen grad» har hatt dette som tema i løpet av studiet?

Studien sier nemlig videre at «[...] vi anbefaler dog at institusjonene arbeider mer med å integrere kunnskaper og praktiske ferdigheter. [...]» (Tornøe, et al., 2021, s. 3). Studien viste

at det var flere av utdanningsinstitusjonene som forankret læringen til studentene i kompetansekravene mer i «praktiske ferdigheter» heller enn i «kunnskap» og «generell kompetanse». Forfatterne av studien hevdet at disse situerte læringsprosessene som ble benyttet, lett kunne «[...] farges av både studenten og praksisveilederen eller læreren, og av relasjonen dem imellom [...]» (Tornøe, et al., 2021, s. 9). Det vil si at kvaliteten på læringsutbytte kan variere fra høgskole til høgskole, altså at det kan bli litt tilfeldig hva studentene lærer.

Dette kan være med på å forklare, til en viss grad, hvorfor informantene i min studie forholder seg ulikt til pasienters eksistensielle og åndelige behov. Her må det nevnes at jeg i min studie ikke har gått inn på hvor informantene hadde tatt sin grunnutdanning, og har derfor ikke sett på studieplaner, emneplaner, eller pensumlister de har hatt. Det er likevel grunn til å spørre hvor mye den enkelte utdanningsinstitusjon vektlegger eksistensielle og åndelige behov i sykepleieutdanningene.

Likevel fant jeg at sykepleierne i mitt datamateriale husker dette temaet fra sin utdanning, om så ulikt vektlagt den gang. Det samme sier altså denne undersøkelsen, at det kan variere hvordan de ulike utdanningsinstitusjonene underviser i dette temaet. Til tross for at konklusjonen deres var at alle studenter gjennomgår dette temaet når de tar bachelor i sykepleie i Norge, var det et ønske fra de som utførte studien at de ulike studiestedene gjør temaet eksistensiell omsorg mer relevant for studentene, altså lik vekt på kunnskapsdimensjonen som på ferdighetsdimensjonen. (Tornøe, et al., 2021, s. 11). Dette er essensielt for grunnutdannelsen av sykepleiere da norske helsemyndigheter stiller krav til sykepleieres kompetanse i å ivareta pasienters eksistensielle behov. (2021, s. 11). Dette kan jeg si meg enig i.

Her kan jeg også stille spørsmål om hvor mye de yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere blir framholdt på den enkeltes arbeidssted. En av informantene uttrykte nemlig et savn på arbeidsplassen sin, at det ble alt for lite snakk om de yrkesetiske retningslinjene. Der står jo som nevnt tidligere, at sykepleier skal ivareta hver pasientenes behov for helhetlig omsorg, forstått som også å inkludere åndelige behov. Dette burde jo også være en påminner til sykepleiere om hvordan de skal jobbe helhetlig.

### **5.1.2 Sykepleiedokumentasjon**

Det andre argumentet som bekrefter, til en viss grad, at mine informanter, fra begge sykehus, forholder seg til tematikken er at det som nevnt tidligere er en del av sykepleiedokumentasjonen. Både ved inntakssamtale og hvert enkelt sykepleienotat for hver vakt. Som nevnt omhandler punkt 11 i sykepleiedokumentasjonen begrepet «åndelig/kulturelt/livsstil». Sykepleiere blir derfor daglig påminnet dette temaet. På hvilken måte kan dette være en av grunnene til å si at sykepleiere forholder seg til temaet? Da dette temaet kommer opp i intervjusammenheng er det dette temaet alle sykepleierne i mitt datamateriale er enige om: Punkt 11 i sykepleiedokumentasjonen blir enten slettet eller det står tomt, eller i beste fall er det brukt til å dokumentere om pasienten er muslim og ikke spiser kjøtt, eller at pasienten ikke ønsker blodoverføring. Likevel, det som kommer fram fra noen av informantene mine, er at det dokumenteres om pasienters eksistensielle og åndelige behov, men at det dokumenteres under andre punkt i sykepleiedokumentasjonen. Flere av informantene nevner at de heller dokumenterer det som kunne oppfattes som eksistensielle og åndelige behov under punkt 2 som handler om det «psykiske». Dette fører meg til et annet kritisk spørsmål: Hvordan formulere det man snakker med pasienten om på en faglig måte, uten å utlevere pasienten for mye? Disse samtalene oppleves fortrolig for mange av informantene. De synes å være usikre på hva som egentlig skal stå i sykepleiedokumentasjonen når det kommer til pasientenes eksistensielle og åndelige behov.

### **5.1.3 Ulike verktøy**

Et tredje argument som er med å bekrefte, til en viss grad, at informantene i min studie forholder seg til pasientenes eksistensielle og åndelige behov, er at flere av de gir eksempler fra sin arbeidshverdag om ulike verktøy de benytter i sine pasientmøter, og om hvordan de benytter ulike metoder for å åpne opp for samtaler med pasientene og deres eksistensielle og åndelige behov. Når det er sagt, kan man også se i datamaterialet at disse verktøyene og bruken av de varierer noe blant informantene. Det kan også sies at til tross for at informantene i denne studien vet hvilke verktøy og metoder som kan benyttes for å møte pasienten på disse behovene, er det flere faktorer som påvirker dem og kan hindre de i å utføre sin sykepleieoppgave slik de er blitt opplært til under studiene, og slik de gjerne vil

jobbe med pasienter. I datamaterialet kommer det fram at dette handler om både indre og ytre faktorer, disse vil jeg drøfte i det neste kapittelet.

## **5.2 Faktorer som påvirker sykepleierne i deres arbeid med pasienters eksistensielle og åndelige behov**

Som Heidi Schmidt skriver i *Har du tid til det, da?* blir kvaliteten på sykepleien som gis til pasientene påvirket av ulike rammevilkår som eksisterer på et sykehus (Schmidt, 2014, s. 28). Disse rammevilkårene, eller faktorene, er det som påvirker sykepleier i arbeidet. Noen er godt synlige, så kalte ytre faktorer. De indre faktorene er ikke alltid så tydelige.

### **5.2.1 Ytre faktorer som påvirker sykepleier**

En stadig tilbakevendende faktor som blir nevnt av informantene i studien, er dette med tid. Det er ingen overdrivelse å si at dette er en av de viktigste faktorene som påvirker informantenes mulighet til å utøve helhetlig sykepleie i datamaterialet. *Mangel på tid* er også blitt diskutert og skrevet om i mye av litteraturen som finnes om sykepleiefaget. Det skrives om det i avisartikler og det ropes varsko fra flere hold om tidsklemma sykepleierne opplever. Informantene i mitt datamateriale forteller om for lite tid i arbeidshverdagen som hindrer de i å fullføre samtaler de har med pasientene om deres eksistensielle og åndelige behov. Noen av informantene velger også å unngå og starte opp en samtale om dette temaet, fordi de er redd for å såre pasientene om de må avslutte for tidlig fordi de må videre til neste oppgave på lista. Altså de forholder seg til temaet, men ikke på en måte som nødvendigvis gagnar pasienten.

Sett i lys av Travelbees mening om de mellommenneskelige forhold, blir sykepleiers mulighet for å være en medvandrer, utvise trygghet og vise anerkjennelse overfor pasienten, straks redusert. Informantene som har lært om sykepleie-idealet får rett og slett ikke tid til å bygge relasjoner med pasientene. Dette bekrefter de også selv som nevnt i analysekapittelet.

Martinsen sier i et intervju i *Tidsskriftet Sykepleien* at «pleien tar den tiden den tar» (Martinsen, 2019). I dette intervjuet er hun inne på blant annet dette med produksjon i dagens helsevesen, at man skal tjene penger på at folk er syke. Dette er også noen av mine informanter inne på, at det oppleves som en fabrikk hvor det skal «produseres», det er pakkeforløp og man ikke rekker å bli kjent med pasientene før de skrives ut. At utskrivelse planlegges allerede fra dag én og at det oppleves i overkant effektivt når man da erfarer å ikke rekke og møte pasienten *der hen er*. Martinsen stiller seg undrende til kampen om prioriteringer som skjer i dagens helsevesen, hun synes det er vanskelig «[...] å forstå at vi ikke kan prioritere de mest sårbare.» (Martinsen, 2019, s. 4). Giske og Cone bekrefter det samme; at sykepleiere i dagens helsevesen har mindre tid til å være hos pasientene enn tidligere.

Høyt arbeidstempo og dermed liten tid hos den enkelte pasient er også en av årsakene til at noen av informantene ved flere anledninger velger å henvise videre til prestetjenesten eller psykolog. Det var kjent blant alle av informantene at sykehuset de jobbet på hadde en prestetjeneste.

Flere av informantene uttrykker bekymring over at de ofte hører «økonomi» bli nevnt, både av nærmeste leder og også fra de «på toppen», her i betydning administrasjon- og ledelsen. Dette er vanskelig for informantene å høre, da de opplever at det tar bort fokuset fra det som er viktig i deres egen fagprofesjon. De ser det som vanskelig å kunne gå i overskudd når det handler om syke mennesker som trenger profesjonell helsehjelp. Det forstyrrer de i arbeidet når de opplever at *sykepleien* de gir til pasientene kan forstås som *produksjon*. Når det er sagt, når helse blir økonomi, blir dette en større diskusjon som jeg ikke vil gå videre inn på i denne oppgaven.

Tid og produksjon er ytre faktorer som nevnes som det som påvirker informantene i hvordan de forholder seg til pasientens eksistensielle og åndelige behov. Sykepleiedokumentasjonen er også en type faktor som på et vis påvirker hvordan informant forholder seg til pasientens eksistensielle og åndelige behov, et sted mellom indre og ytre faktorer. Sykepleier Flateby, intervjuet i *Tidsskriftet Sykepleien* i artikkelen «Ny prosedyre for å møte pasientens åndelige og eksistensielle behov», sier at mangel på dokumentasjon både kan handle om at sykepleier ikke har tid, eller at man kvier seg for å gå inn i tematikken, eller at man rett og

slett ikke har ordene (Hofstad, 2020). Noen av informantene bekrefter nettopp dette, de forteller at de ikke alltid er sikre på hvor de skal plassere relevant informasjon i sykepleiedokumentasjonen. Fordi de er usikre på om det skal under punkt 11 eller ikke, dokumenterer de det andre steder i dokumentet, under andre punkt.

I tillegg til ikke alltid å vite hvordan de skriftlig skal formulerer seg om temaet i sykepleiedokumentasjonen, fant jeg også noe annet interessant i mitt datamateriale. Det handler om at informantene opplever å ikke alltid inneha ord og begrep for å kunne samtale med pasientene om deres eksistensielle og åndelige behov. Noen av informantene opplever å komme til kort i samtaler som dreier seg om pasientenes eksistensielle og åndelige behov. Dette siste punktet fører meg til de indre faktorene som kan påvirke sykepleierne i hvordan de forholder seg til pasienters eksistensielle og åndelige behov.

### **5.2.2 Indre faktorer som påvirker sykepleier**

Det som er interessant, men noe uuttalt i datamaterialet, er de indre faktorene som påvirker informantene. Disse faktorene kommer ikke tydelig fram i løpet av selve intervjuene, det ble tydeligere for meg som forsker underveis i transkriberingen og bearbeidingen med analysen. Disse indre faktorene finner man omtalt i litteraturen, men det var gjennom etterarbeidet av datamaterialet at det åpenbarte seg hvordan disse faktorene påvirker informantene og i hvor stor grad den enkelte informant er påvirket av disse.

Den første indre faktoren jeg vil trekke fram som påvirker informant fra å utøve helhetlig sykepleie, er egen åndelighet. At informant overser, eller unnlater å ta tak i den åndelige delen som sitt faglige ansvarsområde, kan handle om at de selv er ukomfortable med sin egen åndelighet (Giske & Cone, 2019, s. 47). At sykepleier ikke er vant til å snakke om det de tror åndelighet handler om. Det var noen av informantene på det offentlige sykehuset som knyttet eksistensielle og åndelige behov til pasientens religiøse tro. Uavhengig av om de selv er religiøse eller ikke, kan dette påvirke og hindre at pasienten får snakke om det som er viktig for seg selv, siden sykepleier da kan tro at hen må være religiøs og beherske dette *språket* for å kunne snakke med pasienten. I forlengelse av egen åndelighet, når noe skjer med pasienten, eller en diagnose blir påvist, kan dette vekke minner om noe som har skjedd med en bror eller en forelder, noe nært og vondt for sykepleier. Når dette ikke er



bearbeidet, eller at det er ubevisst fra informants side, kan hen ende opp med å unngå og gå inn på temaet med pasienten. Dette bekrefter en av mine informanter fra det offentlige sykehuset, at det som kan komme fra pasienten kan røre noe ved henne.

Den andre indre faktoren som påvirker sykepleier og som jeg fant i datamaterialet, var språket informantene brukte. Tre av de fire informantene i min studie, fra det offentlige sykehuset sa at de ikke hadde noe organisert forum hvor de kunne snakke med kollegaer om verdier, etikk eller samtaler om utfordrende situasjoner de hadde stått i. En av informantene sier også at hun i løpet av intervjusituasjonen opplever å ikke kunne huske og ha hørt noen av begrepene siden studietiden. Informantene fra det diakonale sykehuset har alle sammen erfaring fra samtalegrupper. De synes å ha et litt bredere begrepsapparat når det gjelder pasienters eksistensielle og åndelige behov, de har lettere for å sette ord på verdiarbeid, og sitt eget syn på dette temaet. Om sykepleier ikke får satt ord på opplevelser og erfaringer fra hverdagen, får hen ikke utvidet sitt begrepsapparat. Hvordan vil en pasient som selv har vanskelig for å sette ord på sine eksistensielle og åndelige behov, oppleve å bli møtt når sykepleier selv ikke innehar nok kompetanse på dette temaet?

De informantene som forteller at det er enklere å dokumentere under punkt 2 som handler om kunnskap/utvikling/psykisk, er av den oppfatning at de på dette området har et begrepsapparat. Det som omhandler pasienters psykiske behov er noe de mestrer, i motsetning til når det handler om eksistensielle og åndelige behov.

Et interessant funn i datamaterialet er at det er informanter fra begge sykehus som forteller at de gjerne skriver under punkt 2 og ikke punkt 11 når det kom til dokumentasjon av eksistensielle og åndelige behov. Man kunne gå ut fra at informantene på det diakonale sykehuset har et godt nok begrepsapparat til at de kan dokumentere under punkt 11 i sykepleiedokumentasjonen. Dette er altså ikke tilfelle ifølge mine informanter. Årsaker til dette kan være som Schmidt skriver i *Har du tid til det, da?* at det handler om taushetsplikt og fortrolige opplysninger. (Schmidt, 2014, s. 85). Informantene lar være å skrive noe under punkt 11, da de opplever samtalene som for fortrolig til at det kan dokumenteres. Som Schmidt presiseres, kan faren da være at dersom ikke noe blir dokumentert, eller dokumentert et annet sted, vil annet helsepersonell som kommer etter, ikke ha mulighet til

å utøve helhetlig sykepleie til pasienten, og det vil kunne forringe kvaliteten på sykepleien som gis.

Pasienters eksistensielle og åndelige behov er et utfordrende område og tema å orientere seg i. Det er et menneskelig samspill som handler om det relasjonelle mellom pasient og sykepleier, det påvirkes av indre og ytre faktorer, det er vanskelig å undersøke i journalene til pasientene da det dokumenteres under ulike punkt og det er subjektivt for pasientene hvordan de føler seg møtt. Det er også subjektivt for sykepleierne hvordan de opplever selv å jobbe med temaet. Men vi kommer ikke utenom at det er sykepleiers ansvar. Sykepleier er gitt et spesielt ansvar, jamfør Travelbee i kapittel 2. Et ansvar og en mulighet. Hvordan kan sykepleier få dette til når de er presset på blant annet tid?

### **5.3 Hvordan styrke sykepleierne i deres møte med pasienters eksistensielle og åndelige behov i dagens helsevesen?**

I artikkelen *Åndelig omsorg handler om mer enn religiøs tro* av Kuven, et.al., bekreftes som tidligere nevnt, at både studenter og de som er i arbeid «har behov for å bli bedre rustet til å møte pasienters åndelige behov» (Kuven, et.al., 2022, s. 8). I nevnte artikkel henvises det til forsker og teolog Nils Christian Hvidt, som legger fram tre forhold som har betydning for å styrke sykepleiere og studenter til å bli bedre rustet i møte med pasientenes eksistensielle og åndelige behov. Jeg vil i de neste avsnittene drøfte disse tre forholdene og se på hvordan disse tre forholdene nettopp kan styrke sykepleiere i møte med pasientenes eksistensielle og åndelige behov.

#### **5.3.1 Det første møtet**

For det første, mener Hvidt at helsepersonell må «etterspørre pasientens egen overbevisning eller tro for å få bedre innsikt i åndelige utfordringer og ressurser» (Kuven, et.al., 2022). Her trenger det ikke være snakk om dype, fortrolige samtaler, men kan mer ses på som en kartlegging av pasienten. Dette kan også ses på som første steg i møte med den

innlagt pasienten. Og helt i tråd med Travelbee og hennes mellommenneskelige forhold, hvor sykepleier forsøker å være en medvandrer. I dette første møtet hvor pasient møter sykepleier, kan pasienten oppleve at man blir sett som hele seg. At pasienten opplever at sykepleier ikke bare er opptatt av diagnose og utskrivelse, men at det kan dannes en relasjon i tråd med Martinsens syn på omsorg. At denne relasjonsbyggingen er basert på tillit. Dette er jo en del av innkomstsamtalen som kjent, men ifølge noen av informantene blir dette punktet handlende mer om konkrete hensyn sånn som for eksempel type mat. Ut fra dette kan det virke som at om bare sykepleier gjør denne kartleggingen ved innkomst, så vil pasienten umiddelbart føle seg sett, hørt og møtt. Men hva da med de indre faktorene som påvirker sykepleier? Som noen av informantene ærlig innrømte så har de ikke alltid ordene, eller formuleringene for å mestre dette. De nevner at det kan være tungt, for nært, eller også vanskelig. En retningslinje kunne vært til hjelp for flere av informantene i disse møtene.

### **5.3.2 Sykepleiers verdibevissthet**

For det andre, fortsetter Hvidt, trenger helsepersonell å bli mer åpne og bedre rustet selv, til å våge og samtale med pasientene om åndelige forhold. (Kuven, et.al., 2022). Å ufarliggjøre dette temaet er viktig for at sykepleiere skal våge seg inn i det. Her vil jeg trekke fram Torborg Aalen Leenderts verdinøytralitet versus verdibevissthet i boken *Person og profesjon*. Hun skriver om livsverdiene til den profesjonelle omsorgsarbeideren som i denne sammenheng kan overføres til sykepleiernes livsverdier. Sykepleieres egne livsverdier er en viktig del av deres personlighet. Disse livsverdiene må sykepleiere vite når hen kan og skal hente de fram, og når de skal holde tilbake. Sykepleiere må gjøre «[...] bevisste vurderinger [...]» (Leenderts, 2014, s. 146) i de ulike møtene med de ulike pasientene. Tidligere var sykepleiere opplært til ikke å ta med noe av «seg selv» inn i pasientarbeidet, sykepleiere skulle være verdinøytrale. Ved å være *verdibevisste*, derimot kan sykepleier selv gjøre bevisste vurderinger om hva som deles med pasienten. Det faglige skjønn hos sykepleier bidrar til at hen kan være «sansende berørt til stede» (Martinsen, 2014, s. 228) i menneskemøtet og på den måten være i stand til å bygge en relasjon med pasienten. Det som umiddelbart kan sies om dette, og særlig når det gjelder informantene i min studie fra det offentlige sykehuset, er at de ikke har noe forum hvor de kan snakke om tematikken. Det blir helt tilfeldig om de snakker med andre kolleger, leder eller presten. De har ikke noe

samtalegruppe, eller annen form for veiledning som kan være med å ufarliggjøre tematikken, sånn at det blir naturlig for de å snakke med pasienten om det. Hvordan skal de da kunne bli bedre rustet?

Når det gjelder å være til stede hos pasienten, å vise for pasienten at sykepleier er til stede i øyeblikket vil jeg ta fram det Leenderts nevner om *trafikklyset*. Å virkelig være til stede i nuet handler om verbal kommunikasjon og nonverbal kommunikasjon. Verdinøytraliteten, har som nevnt stått sterkt i helsevesenet, denne nøytraliteten er representert ved det røde lyset. Verdinøytralitet er det som får sykepleier til å stoppe seg selv, ikke dele noe av sitt eget i samtaler med pasienter hvor utfordrende temaer presenteres av pasienten. Når sykepleier opptrer verdibevisst i disse samtalene derimot, er det det *gule lyset* som er, og bør være utgangspunktet til sykepleier, ifølge Leendert. Det gule lyset kan skiftes til enten rødt eller grønt, alt etter hvordan sykepleier vurderer med sitt faglige skjønn hva pasienten trenger. Om sykepleier vurderer at pasienten ikke trenger at hen blir personlig, er lyset skiftet til rødt. Om lyset skifter fra gult til grønt, forstår sykepleier at pasienten trenger at hen er personlig og kan dele av sitt eget (Leenderts, 2014, ss. 146-148). Dette er en type bevisstgjøring hos sykepleier som øker kvaliteten i omsorgen som blir gitt, helt i tråd med Martinsens ene særpreg på begrepet omsorg som nevnt tidligere. Dette fører meg videre til det tredje forholdet som kan bidra til at sykepleier blir bedre rustet i arbeidet med pasienters eksistensielle og åndelige behov.

### **5.3.3 Sykepleiers selvrefleksjon**

Det tredje og siste forholdet som Hvidt nevner som har betydning for å kunne styrke sykepleierne i håndteringen av pasienters eksistensielle og åndelige behov, er viktigheten av selvrefleksjon. Det er nødvendig at sykepleiere får øve seg i å reflektere over egne verdisyn og eget livssyn, og på hvilke måter de selv kan bli utfordret i møte med pasientenes livssyn eller verdier. (Kuven, et.al., 2022). Dette er i tråd med Tennøe som i sin artikkel «God sykepleie krever refleksjon» i *Tidsskriftet Sykepleien*, skriver om nettopp refleksjonsgrupper. Refleksjonsgrupper «[...] ikke bare ivaretar, men også inspirerer de ansatte» (Tennøe, 2015, s. 47). Det at sykepleiere får reflektere over egen praksis, gjør at de blir mer bevisste på egne vurderinger, at de blir kjent med seg selv og hva de står for, og at de får økt faglig bevissthet.

Det kan også virke helsefremmende, mener artikkelforfatteren (2015, s. 47). Det å delta i refleksjonsgrupper er med å heve kompetansen til sykepleier, det hjelper de til å tørre og ta opp og snakke om utfordrende spørsmålene, fordi man også blir tryggere på sitt eget ståsted.

De av informantene i datamaterialet mitt som hadde erfaringer fra refleksjonsgrupper uttrykte nytteverdien av disse. De av informantene som ikke hadde dette tilbudet ytret ønske om å få muligheten til å delta. I refleksjonsgrupper med andre sykepleiekollegaer, kan de øve på å snakke om verdier og verdiladede situasjoner, øve på å sette ord på noe de har opplevd som utfordrende. I gruppene kan de snakke om egen åndelighet i møte med pasientenes behov for samtale. Det samme bekreftes også i kapittelet til Hirsch og Røen i *Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov*. De skriver der at «[...] prosessarbeid med egne reaksjoner og tanker bør skje i mindre grupper der ansatte kan trekke inn sitt eget forhold [til døden].» (Hirsch & Røen, 2016, s. 324). Også disse forfatterne nevner at helsepersonell ofte uttrykker at de mangler kompetanse når det gjelder pasientenes eksistensielle og åndelige behov.

For skal sykepleiere samtale med pasienter om deres utfordringer, deres eksistensielle og åndelige behov, må sykepleier selv jobbe seg gjennom «[...] eget forhold til sykdom, liv og død.» (Hirsch & Røen, 2016, s. 324). Ved hjelp av refleksjonsgrupper kan sykepleierne få «[...] ferdigheter og en fagpersonlig handlingsberedskap til å være i stand til å møte det *hele* mennesket.» (Sørbye & Undheim, 2012, s. 180).

Her vil jeg være åpen for at det ville vært forskjell på svarene fra mine informanter om alle hadde jobbet på en kreftavdeling eller i et palliativt team med pasienter i siste fase av livet. Det er gjerne i de sammenhengene at man normalt har tenkt at eksistensielle og åndelige behov hos pasienten har vært åpenbare og påtrengende. At det gjerne er i møte med sykdom, krise og død at «desse spørsmåla tydelegare kjem fram enn når livet går på det jamne og det meste kjennest bra ut. [...]» (Giske & Cone, 2019, s. 20). Jeg er av den oppfatning, etter flere år i Sjømannskirken, at det ikke alltid er opp til sykepleier å nødvendigvis vurdere hvor inngripende en sykehusinnleggelse er, eller en operasjon, stor eller liten. Enhver «krise» er individuell for den det gjelder, det er en subjektiv opplevelse for den enkelte pasient. En krise kan oppstå hos pasienter uavhengig av hvilken avdeling de er

innlagt på, eller hvilken diagnose de har. Sykepleier skal være der og lytte seg inn. Sykepleiere kan være «container» for pasienten og ta imot det som måtte komme (Skants, 2014, s. 93). Trafikklyset lyser gult, og sykepleier vil vurdere underveis om og når lyset bør skifte til grønt eller rødt, eventuelt forbli gult.

### 5.3.4 Konkret verktøy - samtaleguide

Opp gjennom historien har flere innen fagmiljøet forsøkt å lage retningslinjer og datasamlingsguider hvis intensjon nettopp har vært å ville øke sykepleieres kompetanse når det gjelder pasienters eksistensielle og åndelig behov. Å gi sykepleiere et verktøy som hjelper de å etterspørre og kartlegge pasienter med tanke på denne tematikken. Jeg sikter til en retningslinje som ble innført på Ullevål universitetssykehus i 2021, *Åndelige og eksistensielle behov hos pasienter og pårørende*. Denne retningslinjen har med blant annet en datasamlingsguide til to amerikanske leger i 2001; Gowori Anandarajah og Ellen Hight. Flateby forteller at det er blitt laget et sentralt hjelpemiddel, som skal bidra med kunnskap og gi sykepleiere et språk slik at de lettere kan snakke med pasienter om deres eksistensielle og åndelige behov. Retningslinjen som nå er omtalt i *Tidsskriftet Sykepleien* fra 2020, i et intervju med sykepleier Flateby, baserer seg blant annet på forkortelsen HOPE (Oslo universitetssykehus, 2021). Formålet, sier Flateby i intervjuet, er at flere sykepleiere «[...] skal få øynene opp for at slike samtaler og kartlegginger er viktige for pasientenes helse» (Hofstad, 2020). Med dette kartleggingsverktøyet er jeg av den oppfatning at flere av mine informanter lettere kunne håndtert samtaler de har med pasienter. De hadde muligens følt seg mer rustet om de hadde hatt denne samtaleguiden å gå etter. Ved å bruke den vil det også komme klarere fram for sykepleier hva pasienten trenger, og på den måten kan sykepleier lettere og raskere kunne hjelpe pasienten til å oppleve mestring. Sykepleier tar utgangspunkt i forbokstavene i «HOPE» som står for:

H – håp: hvor finner du styrke/trøst/mening/kilder til håp?

O – organisert religion/livssyn: Tilhører du et bestemt tros- eller livssynssamfunn?

P – personlig åndelighet eller praksis: Hva er viktig for deg når det kommer til tros- eller livssynsutøvelse?

E – effekt på medisinsk behandling og veien videre: Påvirker din sykdom å gjøre det som vanligvis hjelper deg når det gjelder tro eller livssyn? (Oslo universitetssykehus, 2021, s. 2).

Disse fire bokstavene med følgespørsmål, bidrar til at sykepleiere lett kan innlede til samtaler med pasientene.

### 5.3.5 Konkret verktøy - refleksjonsgruppe

En artikkel fra *Tidsskriftet Sykepleien* «God sykepleie krever refleksjon» tar opp dette med refleksjon blant sykepleiere. Om alle sykepleiere som jobber tett på pasienter kunne fått et sånt tilbud, kunne det hjelpe på flere måter. De to siste faktorene nevnt av Hvidt i kapittel 5.3, ville blitt dekket. Sykepleierne ville blitt bedre rustet til å møte pasientenes eksistensielle og åndelige behov i tillegg til at de ville fått muligheter for selvrefleksjon. Dette temaet kom også fram i datamaterialet mitt hvor informantene beskrev overgangen fra ideal til virkelighet. De opplevde et gap mellom det de hadde lært i grunnutdanningen, og den hverdagen som møtte de når de kom ut i den virkelige arbeidshverdagen. Det var nettopp dette de beskrev, at kartet ikke passet med terrenget på et vis. Informantene som hadde erfaring med refleksjonsgrupper hvor de fikk snakke om egen praksis og egne vurderinger, uttrykte at noe av det gapet de kjente på ble mindre.

Refleksjonsgrupper skaper rom hvor sykepleierne kan få dele erfaringer med kolleger, plukke opp et begrepsapparat som kan være saksdekkende, få tid til gjennomtenkning og til vurdering av egen tilnærming. Det er noe allmenmenneskelig ved eksistensielle og åndelige behov, og derfor vil refleksjonsgrupper være noe for alle typer sykehus og sykepleiere uansett ståsted i forhold til for eksempel religion og livssyn.

Det man kan lese ut fra min studie, er at den diakonale institusjonen til en viss grad har arbeidet med bevisstgjøring hos sykepleierne ved å tilrettelegge for refleksjonsgrupper hvor de får mulighet til å øke sin selvrefleksjon og sin verdibevissthet. Askeland og Aadland skriver i «Hva er verdier, og hva tjener de til?» i boken *Verdibevisst ledelse*, at verdibevissthet «[...] utvikles da gjennom retrospektiv refleksjon over tidligere handlinger ved at man *fortolker* handlingens intensjonalitet [...]» (2017, s. 34). Sykepleiere kan da få et forum hvor man kan

sette ord på uttalte og levde verdier. Dette er et viktig poeng, som informantene fra det diakonale sykehuset fikk være en del av gjennom å delta i refleksjonsgrupper.

### 5.3.6 utfordringer

Det som imidlertid kan sies er at de ytre faktorene er svært vanskelig å finne løsninger på. Vi lever i en tid der det varsles om sykepleiemangel i de fleste helseforetak. Mitt anliggende er å styrke den enkelte sykepleier i arbeidet hen allerede gjør, i et håp om at hen vil finne mening, eventuelt gjenfinne meningen med hvorfor hen valgte denne profesjonen. I den forbindelse vil jeg derfor nevne Eliot Freidson omtalt i Tveit. Her nevner han den største faren i sykepleieryrket, som ifølge han er at «[...] yrkene mister «sjelen» som karakteriserte profesjonene.» (Tveit, 2012, s. 165). Han uttrykker en bekymring for at profesjonene skal bli mer tekniske og at det handler mer om hva arbeidsgiver og markedet trenger, enn hva fagprofesjonene selv mener er viktig. Dette var en av informantene på det offentlige sykehuset inne på. I forlengelsen av disse endringene vi ser i helsevesenet, peker Freidson på fire negative konsekvenser som kan skje. For det første er han bekymret for at kvaliteten på tjenestene som utføres vil gå ned, for det andre at motivasjonen til den enkelte arbeidstaker vil gå ned, for det tredje at endringene vil også slå negativt ut for selve utviklingen av fagprofesjonene, og sist, dog mest alvorlig at: «det kan skje en identitetsforandring i profesjonene der verdiene gradvis endrer seg.» (Tveit, 2012, ss. 164-165). Dette er etter min mening bekymringsfullt. Noen av informantene nevnte at kvaliteten på sykepleien som gis, svekkes når sykepleierne opplever at de ikke strekker til i arbeidsoppgavene sine, at travelheten de står i går direkte og indirekte ut over kvaliteten på helsehjelpen som gis. Dette vil igjen føre til en demotivering hos den enkelte sykepleier. Rekruttering av nye sykepleiere vil bli enda vanskeligere enn det allerede er. Vi har etter koronapandemien allerede sett at flere sykepleiere velger seg vekk fra yrket. Dette vil, som Freidson nevner, ha en innvirkning på fagutviklingen i yrket. Den siste bekymringen til Freidson, om at verdiene i profesjonen gradvis endrer seg, er også dramatisk i mine øyne. For hva står igjen da, om verdiene, selve fundamentet i sykepleien, forvitrer?



## 5.4 Diakoniens rolle

Kan diakonien ha en rolle å spille inn mot bekymringene nevnt i forrige avsnitt? Kan diakonien bidra i noen grad inn mot sykepleierne og hvordan de forholder seg til pasienters eksistensielle og åndelige behov? Jeg har i de tre foregående underkapitler sett på hva som påvirker, hindrer og styrker sykepleier til å forholde seg til denne tematikken i sykehushverdagen.

I Plan for diakoni fra Den norske kirke, presiseres det at «Det er viktig at alle helse- og sosialfagene åpner for en samtale om [eksistensielle og åndelige behov]. [...] Det er helt avgjørende at nestekjærlighet – som er selve utgangspunktet for diakoni – kan få en form som er tilpasset den spesielle faglige kontekst, – enten det er psykiatri, barnevern eller andre fagområder.» (Den norske kirke, 2008, s. 13).

Diakonien har en kompetanse som kan være en ressurs inn i helsevesenet. Diakonien kan være en brobygger mellom verdier, verdissnakk, det eksistensielle og det åndelige – og det offentlige helsevesenet som har en tendens til å være verdinøytralt. I Plan for diakoni i Den norske kirke, blir det dog presisert at det er en «[...] en hårfin balanse: Vi skal ta vare på eksistensielle behov – men vi skal ikke drive forkynnelse eller religiøs påvirkning.» (Den norske kirke, 2008, s. 10).

Diakoni handler om omsorg, den har sine kjerneverdier knyttet til det å utøve omsorg med respekt for *den andre*. Diakonien har fokus på å ikke gjøre *den andre* til objekt, men bidrar til at *den andre* blir behandlet som et subjekt med respekt og likeverd. Diakonien har også myndiggjøring som et sentralt element, som samsvarer med brukermedvirkningsperspektivet som jeg har nevnt tidligere i denne studien. Det samme gjelder kampen for rettferdighet som er viktig i et diakonalt perspektiv og som samsvarer med at sykepleier skal være på pasientens side og kjempe for rettferdighet for den enkelte i kampen mot produksjonstenkning og økonomisk lønnsomhet.

Øyvind Foss skriver i sin artikkel «Mellom autonomi og lojalitet» i boken *Kan institusjoner elske?* om diakonien som har kristendommen som fundament. Diakonien innehar ressurser som er forankret i verdier som kan komme dagens helsevesen til gode. Diakonien har kvaliteter som kan være et viktig bidrag inn i helsevesenet (Foss, 2009, s. 68).

## 6 Avslutning

Å ta vare på pasienters eksistensielle og åndelige behov er en viktig del av sykepleien. Det er vedtatt ved lov og det er står i sykepleiernes etiske retningslinjer at de skal gi pasientene helhetlig sykepleie og omsorg.

### 6.1 Studiens betydning for praksis

Sykepleierne i mitt datamateriale mener at *alle* sykepleiere jobber verdibasert, men, som jeg har drøftet i kapittel 5, er det ulike omstendigheter i arbeidshverdagen som påvirker i hvor stor grad de selv opplever å gjøre en god nok jobb.

For at sykepleieprofesjonen ikke skal miste omsorgsdelen av faget, kan det på bakgrunn av funnene i denne studien, virke som at det er behov for en bevisstgjøring hos sykepleiere for å opprettholde nettopp denne delen av faget. Det trengs en påminnelse om hva sykepleie *er* og *skal være*. Både til sykepleierne selv, men også til ledelsen på de ulike sykehus.

Profesjonen og fagstoltheten er i ferd med å forvitte, ropes det fra flere hold. Sykepleiere kan stå i fare for at fokus på den medmenneskelige omsorgen de er ment å gi, forsvinner for dem. Yrket står i fare for å miste «sjelen» som Freidson skriver. Vi må fastholde at det *å snakke med pasienten* om livet, er en del av det å utøve god sykepleie. Det er i nettopp de *rommene* pasienten kan finne mening og håp. Det er i de relasjonene pasienten kan oppleve nestekjærlighet.

Informantene hadde lært i grunnutdannelsen å forholde seg til pasientenes eksistensielle og åndelige behov, som en del av den helhetlige sykepleien. Når de så kommer ut i arbeidslivet opplever de at denne kunnskapen og dette fokuset «blir borte» og at de faktisk blir «avslippt» med årene. De har lært om verdier som er forankret i deres profesjon, men rammevilkår på arbeidsstedet gjør at de ikke får gjort jobben fult ut. Er dette noe vi som samfunn kan gå med på? Kan sykepleiere som profesjon gå med på dette?

Når jeg ber informantene være konkrete på sin tilnærming til pasientens eksistensielle og åndelige behov er det som om jeg *vekker* noe hos informantene. De skjønner at her er et fokus, eller et behov hos pasienten som forsvinner i en arbeidshverdag preget av tidspress.

Kan jeg tillate meg å si at det ligger et ansvar hos arbeidsgiver, om å opprettholde også denne delen av sykepleiefaget, sånn at sykepleiere også kan ta seg av pasienters eksistensielle og åndelige behov? Eller er det fagprofesjonen selv som må opp på barrikadene og kreve å få tilstrekkelig med fagutvikling slik at også samtaler med pasientene om deres eksistensielle og åndelige behov kan bli gjennomført – på lik linje med de andre arbeidsoppgavene de er satt til å utføre?

Det kan være at svarene fra informantene hadde vært annerledes i dag. Og særlig siden det har vært en koronapandemi i mellomtiden. Jeg overlater til andre å gjøre samme type kvalitativ studie med sykepleiere som jobber pasientnært *post-korona*.

## 6.2 Eksistensiell beredskap

Å gi sykepleierne et språk når det kommer til eksistensiell og åndelig omsorg, er noe av essensen ut fra de funn jeg har gjort i denne studien. Jeg vil trekke fram noe Sunniva Gylver, prest i Fagerborg menighet, sier i et intervju i Vårt Land i 2022. Hun snakker ikke her om sykepleiere, men om den enkeltes «[...] eksistensielle beredskap [...] det handler om å få et språk på de tingene vi ikke helt kan måle og veie og vitenskapelig bevise [...] Min erfaring er at færre og færre har dette språket, og færre og færre er bevisst på at de ikke har det og hva de eventuelt mister. [...] Hvis vi høyner den eksistensielle beredskapen, vil vi være i stand til å møte det som kommer [...]» (Gylver, 2022).

Til tross for mange av informantenes uttalte utilstrekkelighet, vil jeg avslutte med et sitat fra boken til Giske og Cone: «Ein pasient som vart spurd om han opplevde åndeleg omsorg mens han var innlagd på sjukehuset, svarte: «Ja, det gjer eg, men eg trur ikkje at den som gir det, er klar over det.» (Giske & Cone, 2019, s. 19). Kanskje er det slik, at informantene i denne

studien, ivaretar pasientens eksistensielle og åndelige behov bedre enn de tror – de er bare ikke klar over det selv?

# Litteraturliste

- Aadland, E. (2009). Diakonikritikk og kritisk diakoni. I E. Aadland, *Kan institusjoner elske?* (ss. 50-66). Akribe AS.
- Askeland, H., & Aadland, E. (2017). Hva er verdier, og hva tjener de til? I E. Aadland, & H. Askeland, *Verdibevisst ledelse* (ss. 26-49). Cappelen Damm AS.
- Danbolt, T., & Nordhelle (red.), G. (2012). *Åndelighet - mening og tro*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Den norske kirke. (2008). Plan for diakoni aktualisert for diakonale institusjoner.
- Den norske kirke. (2020). Plan for diakoni. Revidert utgave 2020. Den norske kirke. Hentet Mars 2023 fra kirken.no: [https://www.kirken.no/globalassets/kirken.no/om-kirken/samfunnsansvar/diakoni/plan-for-diakoni\\_rev2020.pdf](https://www.kirken.no/globalassets/kirken.no/om-kirken/samfunnsansvar/diakoni/plan-for-diakoni_rev2020.pdf)
- Det lutherske verdensforbund. (2010). Diakoni i kontekst. *Diakoni i kontekst: Forvandling, forsoning, myndiggjøring*. Det lutherske verdensforbund.
- Everett, E. L., & Furseth, I. (2004). *Masteroppgaven. Hvordan begynne - og fullføre*. Universitetsforlaget.
- Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora. (2021, Desember 16). *De nasjonale forskningsetiske komiteene*. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/komiteer-og-utvalg/nesh/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Foss, Ø. (2009). Mellom autonomi og lojalitet. I E. Aadland(red.), *Kan institusjoner elske?* (ss. 67-82). Akribe AS.
- Giske, T., & Cone, P. H. (2019). *Å ta vare på heile mennesket*. Det Norske Samlaget.
- Grønmo, S. (2023, April 15.). *Utvalg i Store norske leksikon*. Hentet Mai 2023 fra snl.no: <https://snl.no/utvalg>
- Gylver, S. (2022, September 30). Sunniva ser ingen ulemper ved å fortelle åpent om sin største sorg. *Prest både for seg selv og for andre*. (E. Kruse, Intervjuer) Vårt Land avis.
- Hight, E. M., & Anandarajah, G. M. (2001, January 1). Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. *American Family Physician*, ss. 81-88.
- Hirsch, A., & Røen, I. (2016). Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. I S. Kaasa, *Palliasjon: Nordisk lærebok* (ss. 315-325). Gyldendal Akademiske.

- Hofstad, E. (2020, April 17). *sykepleien.no*. Hentet Mars 2023 fra <https://sykepleien.no/2020/04/ny-prosedyre-mote-pasientens-andelige-og-eksistensielle-behov>
- Hovland, B. (2020, Januar 28). *Vår historie*. Hentet fra <https://ldh.no/om-ldh/var-historie>
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelgi metode*. Abstrakt Forlag AS.
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kuven, B. M., Bø, B., Ueland, V., & Giske, T. (2022). Åndelig omsorg handler om mer enn religiøs tro. *Sykepleien*.
- Løvaas, B. J. (2012). Hvilke likheter og forskjeller finnes mellom diakonale og kommersielle helseinsitusjoner. I E. Aadland, *Ledelse i diakonale virksomheter* (ss. 147-189). Akademika forlag.
- Leenderts, T. A. (2014). *Person og profesjon*. Gyldendal Akademisk.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2014). "Vil du meg noe?" Om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom. I H. Alvsvåg, O. Førland, & F. F. Jacobsen, *Rom for omsorg?* (ss. 225-245).
- Martinsen, K. (2019, Februar 14). Pleien tar den tiden den tar. (M. Fonn, Intervjuer)
- Mathisen, J. (2022, Juni 29). *Rikke Nissen i Norsk biografisk leksikon*. Hentet Mars 2023 fra Store norske leksikon: [https://nbl.snl.no/Rikke\\_Nissen](https://nbl.snl.no/Rikke_Nissen)
- Mørkhagen, P. L. (2012). Omdømmearbeid på sykehus: Forventninger, verdier og "sannhetens øyeblikk". I E. (. Aadland, *Ledelse i diakonale virksomheter* (ss. 211-233). Akademika forlag.
- Norsk sykepleierforbund. (2019). Hentet Mars 2023 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Oslo universitetssykehus. (2021, Februar 22). Åndelige og eksistensielle behov hos pasienter og pårørende. *Fellsdokumenter - nivå 1 - OUS/Pasientrettet/Fagprosedyrer - voksne*. Retningslinje. Dokument-ID: 134012. Status: Godkjent: OUS.
- Rykkje, L., & Austad (red.), A. (2020). *Eksistensielle begreper i helse- og sosialfaglig praksis*. Universitetsforlaget.
- Sørbye, L. W., & Undheim, L. T. (2012). Å ta menneskets åndelige dimensjon på alvor. I T. Danbolt, & G. Nordhelle (red.), *Åndelighet - mening og tro* (ss. 167-180). Gyldendal Norsk Forlag.

- Schmidt, H. (2014). *Har du tid til det, da?: Om åndelig omsorg i sykepleien*. Fagbokforlaget.
- Simensen, A. S. (2020, Juni 13). *Florence Nightingale i Store norske leksikon*. (Simensen, Anne Synnøve: Florence Nightingale i Store norske leksikon på snl.no. [https://snl.no/Florence\\_Nightingale](https://snl.no/Florence_Nightingale)) Hentet Mars 2023 fra snl.no: [https://snl.no/Florence\\_Nightingale](https://snl.no/Florence_Nightingale)
- Skants, P. (2014). *Omsorg i kriser*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skjørshammer, M. (2009). Kunsten å institusjonalisere barmhjertighet. I E. Aadland(red.), *Kan institusjoner elske?* (ss. 98-111). Akribe AS.
- Tennøe, E. H. (2015, September). God sykepleie krever refleksjon. *Sykepleie. Fagdebatt*, ss. 46-47.
- Tornøe, K., Hillestad, A., Breistig, S., Rosenvinge, J., Pettersen, G., Sørli, V., . . . Prause, D. (2021). «Eksistensiell omsorg» i bachelorutdanningen i sykepleie – en dokumentanalyse. *Sykepleien Forskning*(16).
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tveit, B. (2012). Åndelig omsorg - fagidentitet og profesjonelt ansvar. I T. Danbolt, & G. Nordhelle (red.), *Åndelighet - mening og tro* (ss. 154-166). Gyldendal Akademisk.
- Undheim, L. T. (2009). Om opprettelse av stillingen som diakonisykepleier ved et diakonalt sykehus. I E. Aadland(red.), *Kan institusjoner elske?* (ss. 128-141). Akribe AS.

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Svar fra NSD



Kari Jordheim  
PB 184 Vinderen  
0319 OSLO

Vår dato: 13.04.2018

Vår ref: 59811 / 3 / EPA

Deres dato:

Deres ref:

### Tilråkning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 13.03.2018 for prosjektet:

59811

*Diakoni i sykehus; er det noen forskjell på det å jobbe i en diakonal institusjon når det gjelder bevissthet om verdier og menneskers eksistensielle og åndelige behov enn i en offentlig institusjon?*

*Behandlingsansvarlig*

*Daglig ansvarlig*

*Student*

*VID vitenskapelig høyskole, ved institusjonens øverste leder*

*Kari Jordheim*

*Jannecke Bjørge Kohn*

### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

### Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

### Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

### Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

### Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 15.11.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*



## Vedlegg 1 forts.:

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Eva J. B. Payne

Kontaktperson: Eva J. B. Payne tlf: 55 58 27 97 / [eva.payne@nsd.no](mailto:eva.payne@nsd.no)

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Jannecke Bjørge Køhn, [jannekebj@gmail.com](mailto:jannekebj@gmail.com)

## **Vedlegg 2: Informasjon vedrørende mastergradsprosjekt sendt til sykehusene**

Mitt navn er Jannecke Bjørge Køhn og er for tiden student ved masterprogrammet i diakoni ved VID vitenskapelige høgskole i Oslo. Bakgrunn for denne henvendelsen er at jeg nå arbeider med den avsluttende masteroppgaven.

Som tidligere ansatt sykepleier på Diakonhjemmet, men nå med tre års permisjon for å kunne bo og jobbe på Sjømannskirken, Costa del Sol sammen med familien, er tiden inne for å fullføre.

Opgaven er tenkt å handle om sykepleiernes tilnærming til pasienters eksistensielle og åndelige behov mens de er inneliggende på sykehus. I oppgaven vil jeg forsøke å sammenligne to helseinstitusjoner; en diakonal og en offentlig og jeg vil benytte meg av kvalitative intervjuer.

Hensikten med oppgaven er å se på forskjeller når det gjelder gjenkjennelse og tilnærming blant sykepleierne når de møter pasienter med eksistensielle og åndelige behov; er det noen forskjell på det å jobbe i en diakonal institusjon når det gjelder bevissthet om verdier og menneskers eksistensielle og åndelige behov enn i en offentlig institusjon?

Jeg har et skriv kalt "Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt" som skal deles ut til de sykepleierne som er interessert (de skal signeres). Hvordan dette skal gjøres i praksis kan vi avtale nærmere.

For å kunne gjennomføre dette prosjektet er det ønskelig med 5 informanter til individuelle intervjuer á 45 minutter.

I forbindelse med rekruttering ber jeg om bistand for å finne informanter som oppfyller inklusjonskriteriene:

- sykepleiere fra både medisin og kirurgisk sengepost
- ikke vært diakonisykepleier (gjelder bare for Diakonhjemmet)
- ikke assisterende enhetsleder, enhetsleder, eller fagsykepleier
- jobber tredelt turnus

Jeg håper at det kan tilrettelegges for at sykepleierne kan delta i intervjuene i arbeidstiden. Siktemålet er å komme en tur til Oslo så snart godkjenning fra NSD foreligger. Om det er flere godkjenninger internt på sykehuset som må innhentes fra meg, ber jeg om informasjon om dette så snart som mulig. Masteroppgaven vil selvfølgelig være tilgjengelig for sykehuset i ettertid.

Ved spørsmål eller uklarheter vedrørende gitt informasjon ta gjerne kontakt. Jeg kan nås på mail: [janneckeby@gmail.com](mailto:janneckeby@gmail.com) eller mobil: +34 686 97 37 78.

På forhånd takk for hjelpen.

Mvh

Jannecke Bjørge Køhn

## «Sykepleiernes tilnærming til inneliggende pasienters eksistensielle og åndelige behov»

### Bakgrunn og formål

Mitt navn er Jannecke Bjørge Køhn og jeg er student ved VID vitenskapelige høgskole i Oslo på masterprogrammet i diakoni. Jeg er sykepleier i bunn og hadde jobbet åtte år ved ortopedisk sengepost da jeg bestemte meg for å ta en master i diakoni. For tiden bor jeg på Costa del Sol og jobber på Sjømannskirken her.

Formålet med denne studien er å se på forskjeller når det gjelder gjenkjennelse og tilnærming blant sykepleierne når de møter pasienter med eksistensielle og åndelige behov; er det noen forskjell på det å jobbe på et diakonalt sykehus og et offentlig sykehus?

Studien inngår i min masteroppgave i diakoni på VID vitenskapelige høgskole og gjennomføres i samarbeid med Bærum sykehus etter avtale med Lise Gulbrandsen, Vestre Viken.

Jeg ønsker å komme i kontakt med deg som jobber på kirurgisk eller medisinsk sengepost, som jobber todelt eller tredelt turnus, som ikke er fagsykepleier, assisterende enhetsleder, eller enhetsleder, og som ikke har vært diakonisykepleier (sistnevnte gjelder kun Diakonhjemmet).

### Hva innebærer deltakelse i studien?

Det vil gjennomføres ti intervjuer, fordelt på to institusjoner. Det vil være én-til-én intervju á 45 minutter. Jeg håper å kunne disponere et møterom eller et kontor på sykehuset slik at dere ikke har noen reisetid i tillegg.

Ingen personlige opplysninger vil bli etterspurt. Spørsmålene vil omhandle din erfaring med og tilnærming til pasienter som har eksistensielle og åndelige behov, og tanker du har rundt verdier og tilknytning til disse i ditt pasientarbeid.

Innhentet data vil registreres i form av lydopptak og egne notater. Som informant vil du være anonymisert i publikasjonen slik at du ikke vil kunne gjenkjennes. Hvis noen må nevnes vil det være med koding som for eksempel D1, D2, osv, og S1, S2, osv.

### Hva skjer med informasjonen om deg?

All informasjon som samles inn vil behandles konfidensielt, det er kun jeg som vil ha tilgang til disse. Personopplysningene og lydopptak lagres adskilt fra øvrige data og det er kun jeg

som skal transkribere og ha tilgang til lydfilene. Alt materiale blir oppbevart på min private Mac som er passordbeskyttet. Veileder vil kun ha tilgang til anonymisert datamateriale.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.11.2018. Da vil alle personopplysninger, alle lydopptak og alt av datamateriale som ikke er anonymisert slettes.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Jannecke Bjørge Køhn på mail: [janneckebj@gmail.com](mailto:janneckebj@gmail.com) evt. mobil: +34 686 97 37 78 eller veileder (førstelektor/studieleder i diakoni) Kari Jordheim: [kari.jordheim@vid.no](mailto:kari.jordheim@vid.no), tlf.: 22 45 19 13.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

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

## Vedlegg 4: Intervjuguide

### 1 Innledning

Presentasjon av meg selv og tema

Informasjon om de ulike tema som det vil bli stilt spørsmål rundt. Har en intervjuguide som jeg følger, men håper dette kan bli mer en samtale.

Samtalen vil bli tatt opp på bånd, håper dette er greit. Noterer noe underveis.

Du som informant kan trekke deg fra prosjektet når som helst. Du bestemmer selv hvor mye du vil dele.

Minner om taushetsplikten.

Materialet vil bli anonymisert og data vil bli slettet ved angitt sluttdato til NSD.

### 2 Bakgrunn til informant

- a. Hvor lenge har du jobbet i sykehus?
- b. Har du jobbet på andre sykehus tidligere?
- c. Er det vanlig å snakke om verdier i kollegafellesskapet? Kan du nevne noen?
- d. Har dere tilbud om refleksjonsgruppe i arbeidstiden? Deltatt? Hva synes du om det? Nytteverdi? Hvis nei, hvorfor?
- e. Har dere tilbud om arbeidsveiledning på arbeidsstedet? Deltatt?

### 3 Verdier

- a. Kjenner du til din institusjonens verdigrunnlag og verdiene som blir frontet? Er du enig i disse?
- b. Hva legger du i begrepet "verdibasert"? Hva vil det si å jobbe "verdibasert"?
- d. På hvilken måte er det verdibaserte arbeidet overførbart til den jobben du gjør?
- e. På hvilke måter kommer dine/disse verdier til syne i arbeid ditt?

### 4 Eksistensielle og åndelige behov og helhetlig omsorg

- a. Hva legger du i begrepet helhetlig omsorg?
- b. Hva legger du i "eksistensielle" og "åndelige" behov? Er dette kjent for deg fra utdannelsen din?

- c. På hvilken måte vil du si at du jobber med dette?
- d. Er du av den oppfatning at "åndelig/kulturelt /livsstil" (pkt.11 i spl.notat) er dekkende for pasientenes eksistensielle og åndelige behov? Utdyp.
- e. Hva hvis jeg sier eksistensiell og åndelig smerte? Gjør det en forskjell?
- f. Hva hører du fra arbeidsgiver om dette temaet? Hva sier de, evt. hva savner du at de sier?
- g. Opplever du at arbeidsgiver gir mulighet for opplæring i å møte pasienters eksistensielle og åndelige behov?
- h. Hvem tenker du har ansvar for pasientenes åndelige behov? Prestetjenesten? Imamen? Sykepleier?
- i. Hva tenker du kan være en sykepleiers ansvarsområde når det gjelder det eksistensielle og åndelige behov hos pasienten?

## 5 Hos pasienten

- a. Kommer du på noen situasjoner hvor tema har vært eksistensielle og åndelige behov, evt. helhetlig omsorg?
- aa. Har du møtt pasienter i ditt arbeid som ønsker samtale om sitt eksistensielle og åndelige behov? Hva har du gjort i de situasjonene?
- b. Hvilke arbeidsverktøy bruker du i de ovennevnte møtene/situasjonene med pasienter?
- c. Har du i noen situasjoner opplevd å være rådvill i møte med pasienters eksistensielle og åndelige behov?
- d. I hvilke situasjoner tar du som sykepleier initiativ til samtale utover medisinsk behandling? Hvilke situasjoner henviser du videre?

## 6 Til slutt

- a. Hva var motivasjonen din for å ta sykepleierutdannelsen?
- b. På hvilken måte utfordret utdannelsen til verdimelessig tenkning?
- c. På hvilke måter opplever du at arbeidsgiver ivaretar deg i situasjoner hvor du opplever utilstrekkelighet i møte med pasienters eksistensielle og åndelige behov.
- d. Er det noe mer du tenker burde være nevnt som vi ikke allerede har snakket om?