

# Å mestre livet er mer enn fysisk fungering

## Innledning

For voksne handler verdighet om å kunne ha kontroll over eget liv (1). Kroniske sykdommer fører ofte til en gradvis funksjonssvikt, mens ulykker kan endre en persons egenomsorgsevne i løpet av sekunder. Flere eldre føler på at de er til bry. De er avhengig av andre for å ivareta daglige gjøremål. Mange sliter med å finne

mening, og mangel på mestring kan føre til nedstemthet og usikkerhet om fremtiden (2).

Kommunene har ansvar for å sørge for forsvarlige helse- og sosialtjenester uavhengig av alder eller diagnose (3). Slike tjenester skal fortrinnsvis gis i egen bolig. Skal en god rehabilitering gjennomføres, er det behov for en tverrfaglig tilnærming begrunnet

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Kroniske sykdommer gir en gradvis funksjonssvikt, mens ulykker raskt kan endre en persons egenomsorgsevne. Mange sliter med å finne mening i slike situasjoner, og mangel på mestring kan føre til nedstemthet og usikkerhet om fremtiden. Hensikten med denne studien var å vurdere om sykepleiestudenter inkluderer pasientens «åndelige og filosofiske områder», et begrep som brukes i pensumlitteraturen om utforming av rehabiliteringsplaner.

**Metode:** Vi benyttet både kvalitative og kvantitative forskningsmetoder. Materialet besto av 66 eksamensbesvarelser i sykepleie levert elektronisk i 2013, med temaet «Mestring og rehabilitering i hjemmetjenesten».

**Resultat:** Omtrent halvparten av pasientene var 80 år eller eldre. Funksjonsnedsettelse etter brudd var den hyppigste årsaken til valg av rehabiliteringskasus. 42 % av studentene hadde inkludert viktighetsområdet: åndelig/filosofisk. Få omtalte dette nærmere. Eldre ble ikke oftere vurdert til å ha åndelige/filosofiske behov enn yngre. Tekstanalysen ga tre hovedtema: savn av åndelig fellesskap, angst og depresjon, samt manglende kontinuitet og helhetlig oppfølging.

**Konklusjon:** Studentene beskrev meget bra den fysiske rehabiliteringen. De relaterte ikke pasientenes angst og uro for fremtiden til åndelige/filosofiske spørsmål. Funnene innebærer behov for samhandling mellom høyskole, praksisfelt, religiøse og ideelle organisasjoner for å kunne ivareta en helhetlig omsorg.

**Nøkkelord:** Rehabilitering, åndelig/filosofisk, kvalitativ og kvantitativ metode, hjemmesykepleie

## Abstract

**Background:** Chronic diseases provide a gradual loss of function, while accidents can abruptly change a person's self-care abilities. Many patients are struggling to settle after an accident, and lack of adaptation to a life with a disability can sometimes lead to depression and anxiety. The purpose of this study was to assess whether nursing students consider the patient's «spiritual and philosophical dimension».

**Method:** We used both qualitative and quantitative research methods. The material consisted of 66 examination papers deposited in 2013 according to the theme «Coping and rehabilitation in home-based nursing care».

**Result:** About half of the patients were 80 years or older. Disability after fracture was the most frequent rehabilitation cases. 42 % of the students had included the spiritual/philosophical area. Few had described this more in detail. Older patients did not have more frequently spiritual/philosophical needs than the younger patients. Text analysis revealed three main themes: loss of spiritual communion, anxiety and depression, and lack of continuity and coherent follow-up.

**Conclusion:** Students had a satisfactory description of physical rehabilitation. They did not, however, relate patient anxiety for the future to spiritual/philosophical questions and to rehabilitation. The findings imply the need for interaction between university colleges, practitioners, diaconal institutions and non-profit organizations to sustain comprehensive care.

**Keywords:** Rehabilitation, spiritual/philosophical, qualitative and quantitative method, home-care

Av Liv Wergeland Sørbye, professor, Diakonhjemmet Høgskole, Institutt for sykepleie og helse

Birgit Brunborg, 1. lektor, Diakonhjemmet Høgskole, Institutt for sykepleie og helse

i en individuell plan (4). I meldingene til Stortinget: «Morgendagens omsorg» (5) og «Folkehelsemeldingen» (6), har rehabilitering en sentral plass. Det legges vekt på aktiv omsorg og økt brukerinnflytelse. I tillegg til opp trening, forebygging av funksjonssvekkelse og rehabilitering, blir sosial og kulturell aktivitet vektlagt.

Helsedirektoratet har staset mye på å innføre Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) (7); et standardisert verktøy for beskrivelse av helse og helserelaterte forhold ut fra et individuelt ståsted (8), i dokumenter og rapporter innenfor rehabilitering.

I ICF defineres kategorien religion og spiritualitet som deltakelse i religiøse eller åndelige aktiviteter og organisasjoner, og inkluderer aktiviteter som knyttes til selvrealisering, det å finne mening, religiøse eller åndelige verdier, og å etablere forbindelse med en guddommelig kraft gjennom å gå på religiøse møter, bønn og åndelig kontemplasjon. Det livssyns åpne samfunn (9) omhandler behov for å tilrettelegge for tros- og livssynspraksis i sykehjem og sykehus, men det sies ingenting om ansattes forpliktelser i hjemmetjenesten.

Bredland mfl. (10) beskriver verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid, og benytter viktighetsområdene: hjem, nære pårørende, fysisk aktivitet, venner, jobb, hobbyer, kropp og utseende, samt åndelige og filosofiske verdier. Målet med en slik kartlegging er å finne ut hvilken betydning hvert område har i en persons liv (ibid.: 135).

Hensikten med denne artikkelen er å vurdere om sykepleiestudenter innhenter opplysninger om pasientens viktighetsområde åndelige og filosofiske verdier og bruker dette aktivt i utforming av rehabiliteringsplanene.

### Problemstillinger

- I hvilken grad gjenspeiler studentenes skriftlige arbeid åndelige og filosofiske verdier som et pasientens viktighetsområder?
- Hvilket samsvar er det mellom data om pasientens åndelige og filosofiske verdier og aktuelle tiltak i planen for rehabilitering?

### Metode

Denne studien benytter metodetriangulering, det vil si både kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode. Høsten 2013 hadde Diakonhjemmet Høgskole to puljer med studenter i praksis i hjemmesykepleien. Temaet mestring og rehabilitering er et

obligatorisk studieemne på 15 studiepoeng som inkluderer én uke teoretiske og åtte uker praktiske studier. Perioden ble avsluttet med en skriftlig, individuell hjemmeeksamen som integrerte studentenes teori og praksiserfaringer.

Hensikten med hjemmeeksamen var at studentene skulle vise forståelse for sykepleierens funksjon, pasientens sentrale rolle og tverrfaglig samarbeid i utvikling og gjennomføring av rehabiliteringsplanen. Et sentralt krav var å kartlegge og redegjøre for pasientens viktighetsområder, samt ressurser og problemer relatert til det. I dette arbeidet brukte studentene ICF som kartleggingsverktøy. Videre utarbeidet de en plan for utvalgte pasienter som inkluderte langsiktige og kortsiktige mål, og tiltak relatert til pasientens viktighetsområder. De skulle også beskrive pasientens medvirkning. Studentene skulle også belyse pasientens viktighetsområde med en forskningsartikkel.

Oppgaven var begrenset til 2000 ord. Forfatterne sensurerte 3/4 av eksamensbesvarelsene (1/4 ble sensurert av en tredjeperson). Ved gjennomlesing av teksten, ble avsnitt og sitat knyttet til stikkord som religion,

## «Mangel på mestring kan føre til nedstemthet og usikkerhet om fremtiden.»

tro, åndelige, filosofiske og eksistensielle forhold samlet. Tilsvarende ble uttrykk som inneholdt ensomhet, angst, frykt og usikkerhet for fremtiden og depresjon samlet. I tillegg ble det gjort analyse av studentenes valg av referanser. Besvarelsene ble gjennomlest både i papirutgave og elektronisk.

Besvarelsene fikk et løpenummer fra 1–66. Pasientopplysninger som ble inkludert var: kjønn, alder, sivilstand, samboerforhold og hoveddiagnose for vedtak om hjemmesykepleie. Det ble også registrert om studentene hadde benyttet Bredlands modell for kartlegging og skåring av viktighetsområder.

### Dataanalyse

De kvantitative dataene ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS 21.0 for Windows (11). Det ble foretatt kji-kvadrat-test og sannsynlighetsberegning (odds ratio) for å se på signifikante sammenhenger.

I analysen av de kvalitative dataene ble det benyttet en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (12-13). Først gransket vi tekstene for å gjenkjenne og få dyb-

deforståelse av det studentene vurderte som åndelige/filosofiske viktighetsområder. Da dette ordparet var lite brukt utover selve kartleggingen, måtte vi også lete etter synonymer eller utfyllende tekst. Vi søkte etter studentenes beskrivelser knyttet til ensomhet, angst, bekymring for fremtiden, trygghet, ro og tilhørighet samt helhetlig omsorg som ifølge litteraturen (14–15) tilhører åndelige/filosofiske dimensjoner.

Vi har gjengitt studentenes erfaringer og vurderinger så sannferdig som mulig. Studiens validitet er gjenspeilet i hvorvidt det har lyktes. I henhold til den hermeneutiske prosess, begynte analysen ved gjen-

## «... mennesket søker etter mening, hensikt og innhold i livet.»

nomlesing av den første teksten. Ved hjelp av gjentatte gjennomlesninger av datamaterialet ble antakelser og forestillinger formulert, korrigert og bekreftet. Mønstre og tema ble på denne måten fortolket ut fra datamateriale i henhold til Kvaales (13) analysekategorier; selvforståelse, «common-sense» og teoretisk fortolkning. Tema som framkom gjennom denne fortolkningen er 1) savn av åndelig fellesskap, 2) angst og depresjon og 3) manglende kontinuitet og helhetlig oppfølging.

### Etiske vurderinger

Studentenes besvarelser ble levert elektronisk. Filene var aidentifisert. Et krav til oppgavene var at de ikke inneholdt personidentifiserbare opplysninger, verken om studenter, pasienter eller om stedene der de hadde hatt praksis. Det var på forhånd ingen plan om å bruke besvarelsene til forskning, men resultatene skapte en undring hos sensorene over hvor lite viktighetsområdet åndelig/filosofisk ble omtalt.

Studien er ikke fremleggelsespliktig for regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, jf. Helseforskningslovens §§ 2 og 4 (søknad til REK sør-øst 2014/2252) (16). Prosjektet faller inn under forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (17).

Studentene som gikk på aktuelle kull har fått anledning til å lese manuskriptet på ITs Learning. De som opplevde seg feilrapportert (i enkelthistorier), ble oppfordret til å gi tilbakemelding om dette innen en uke. Ingen av studentene har ønsket noen endringer.

### Metodekritikk

Studentene presenterte casene «sine» svært forskjellig. Besvarelsene var ofte oppgave- eller prosedyreorien-

tert. Det går ikke fram av besvarelsene hvilke data som er innhentet av studentene, og/eller hentet fra elektronisk sykepleiejournal. Studentenes muligheter for å gå i dybden på pasientens livssituasjon, og sette sine erfaringer inn i en teoretisk ramme var begrenset.

Det er mulig at studentene hadde mer opplysninger angående pasientenes åndelige/filosofiske behov, enn det som kom fram i besvarelsene. Rehabiliteringsplanene fungerte her som et lite egnet verktøy for å ivareta åndelige behov.

### Resultater

Totalt var det 66 eksamensoppgaver som ble vurdert. Alle studentene hadde i samarbeid med pasientene beskrevet ulike viktighetsområder til 15 menn og 51 kvinner, fortrinnsvis på en skala fra 1–10. Studentene anvendte fra 3 til 12 kildehenvisninger i besvarelsene. Ingen av artiklene inneholdt eksplisitt åndelig, mens to kunne vurderes som filosofiske (18-19). Fire artikler ble kategorisert som livskvalitetsforskning (20-21), mens to omtalte psykososiale forhold (22-25).

Det var stor spredning i pasientgruppen som studentene møtte i hjemmetjenesten. I sine rehabiliteringsplaner hadde de inkludert kjønn og om pasienten bodde alene. Den yngste pasienten var 13 år, den eldste 98 år. Andel over 80 år var 47 % (31/66). Mennene bodde oftere med ektefelle; 53 % (8/15) versus 24 % (12/51) for kvinner ( $p < 0,03$ ).

Flere case inneholdt sammensatte lidelser. Brudd, og funksjonsnedsettelse etter brudd, var den hyppigste årsaken til valg av rehabiliteringskasus. I tillegg kom kreft, slag, Parkinsons syndrom, psoriasis og diabetes. Pasienter med generell aldersvekkelse eller en demenslidelse ble sjeldnere vurdert som aktuelle for mestrings og/eller rehabiliterings/habiliteringsplan. Enkelte studenter hadde inkludert pasienter med svært sammensatte pleie- og rehabiliteringsproblem som divertikkelsykdom med utlagt tarm og ulike psykiatriske lidelser.

Det var 28 (42%) av studentene som hadde inkludert viktighetsområdet åndelig/filosofisk. (Se figur 1.)

Viktighetsgrad er vurdert fra 1–10 slik x-aksen i figur 1 viser. Tre pasienter uttrykte at dette var meget viktig «10», mens elleve, at det var lite viktig, det vil si de vurderte det som «1» og «2» på y-aksen. Tekstanalysen ga sparsomt med opplysninger om hvorfor den enkelte ble skåret slik figur 2 anga. Det var ingen statistisk signifikans mellom pasientens alder (= 80 år eller > 80 år) og om det var skåret på viktighetsområdet åndelig/filosofisk (odds ratio 0.963, 95 % konfidensintervall=0.362-2.561).

## Kvalitative funn

I tre av de 66 eksamensbesvarelsene ble trossdimensjonen beskrevet eksplisitt. Som følge av nedsatt funksjon etter slag og Parkinsons syndrom klarte ikke pasientene å komme seg til kirke eller til dagsenter på egen hånd. Informantene beskrev at de savnet dette.

Flere opplevde negative tanker, angst og depresjon fordi de ikke klarte å realisere sine ønsker eller det som var viktig for dem. Flere ga også uttrykk for at pleierne hadde lite tid og ressurser til å yte slike hjelp, og at de prioriterte å gjennomføre konkrete oppgaver knyttet til pleie og å hjelpe pasienter med å gjenopprette fysiske funksjoner.

Tabell 1 inneholder i første kolonne en presentasjon av de tre temaene som utkrystalliserte seg fra datamaterialet: savn av åndelig fellesskap, angst og depresjon samt manglende kontinuitet og helhetlig oppfølging. I andre kolonne vises ulike kategorier og i tredje kolonne underkategorier. (Se tabell 1.)

### Savn av åndelig fellesskap

Tre studenter gjør eksplisitt rede for at kristen tro, og ikke minst fellesskapet i menigheten, betyr svært mye for deres primærpasienter. Pasientene uttrykker at det er et stort savn når de ikke lenger kan delta i fellesskapet, fordi de ikke mestrer å komme seg til steden på egenhånd.

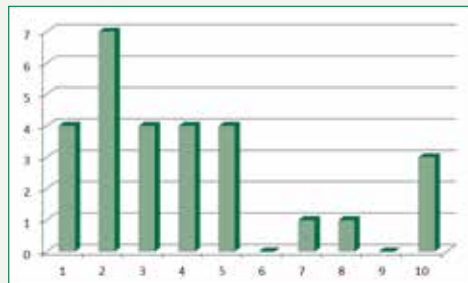
Andre pasienter uten spesiell åndelig/religiøs tilknytning synes også isolasjon som følge av funksjonsnedsettelse, er utfordrende. En primærpasient med svekket evne til sosial deltakelse sier at hun har mye tid for seg selv, og at det blir litt mye tid til å tenke og fundere når det er slik.

### Angst og depresjon

Flere studenter beskriver at de møter pasienter som er deprimerte, ensomme eller engstelige, og noen er lei av livet. Det kan skyldes isolasjon og redusert livskvalitet som følge av nedsatt fysisk og kognitiv funksjon, at de glemmer å spise og får i seg for lite ernæring, men også ensomhet og angst. Studentenes beskrivelser viser at det også kan skyldes at pasientene ikke ønsker å være sammen med nye ukjente mennesker, eller at de ikke ønsker å være til bry; de vil fortsette å klare seg selv.

En student beskrev at hennes primærpasient på 89 år med fraktur i begge skuldre «tøffet» seg ovenfor familie og noen ganger helsepersonell. Noen ganger klarte pasienten ikke å holde denne «masken» og gråt og spurte om hun ikke bare kunne få dø.

En pasient på 97 år med kompresjonsbrudd i ryggen hadde smerter, osteoporose og falltendens. Hun



FIGUR 1: Åndelig/filosofisk. Viktighetsgradvurdering 1-10 (x-aksen); antall pasienter (y-aksen). N=28.

hadde ikke mange venner igjen i live, noe som gjorde henne lei seg. Hun var nedstemt, alene og ensom og beskrev dagene som lange.

En student viste til en pasient som hadde begynnende vaskulær demens. Hun var usikker og redd for fremtiden. Pasienten var preget av situasjonsbestemt angst. Det vil si at hun ble engstelig når hun møtte mange forskjellige pleiere og situasjoner hun ikke forsto. Pasienten opplevde at hun ikke hadde kontroll. Det

Tema	Kategorier	Underkategorier
Savn av åndelig fellesskap	Ønske om ikke å være til bry	Pasientens mulighet for sosial deltakelse er svekket Pasientene gir uttrykk for redusert livskvalitet
	Mangel på mestring av egen kropp	Pasientene er bekymret over redusert bevegelsesfrihet Mangler kunnskap om hjelpemidler Usikker på muligheter for å gjenvinne sin egenomsorg
	Et ikke-dokumentert problem	Studentene skriver lite om pasientens åndelig behov fra eksisterende pleieplaner Studentene får frem lite informasjon fra pasientene om viktighetsområdet «åndelig/filosofisk»
Angst og depresjon	Opplevelse av å være isolert	Ensomhet gir pasientene mangel på impulser og tilhørighet
	Engster seg for fremtiden	Engstelige for å måtte flytte på sykehjem Uttrykker at de er lei av livet
	Opplever kognitiv reduksjon	Redd for miste kontroll over eget liv
Manglende kontinuitet og helhetlig oppfølging i hjemmetjenesten	Mange forskjellige pleiere skaper utrygghet	Pasientene kommenterer at rehabiliteringsplaner og prosedyrer blir utført forskjellig
	Pasientene opplever pleierens tidspress	Pasientene gir uttrykk for stress ved pleierens høye tempo

TABELL 1. Tema, kategorier og underkategorier som er identifisert i studentbesvarelsene.

resulterte ofte i at hun ikke ville motta hjelp til å dusje.

En pasient på 80 år med svekket kognitiv funksjon, var plaget av svimmelhet. Hun hadde panikkklidelse, var utrygg og slet med depresjon. Hun var redd for fremtiden, men vil bo hjemme så lenge som mulig. Hun klarte seg selv i forhold til de praktiske gjøremål, men trengte psykososial hjelp og støtte for å kunne delta i sosiale aktiviteter.

### Manglende kontinuitet og helhetlig oppfølging

Flere studenter ga uttrykk for at pasienter ville gjøre alt de kunne for å opprettholde funksjonsnivået og sosial deltakelse trass i smerter, angst og andre begrensninger. Pleierne hadde derimot lite tid og ressurser til å

## «For mange pasienter kan dette handle om å finne mening.»

yte tjenester utover pleie og til å hjelpe dem med å gjenopprette fysiske funksjoner. Det virket også som om den faste «staben» ikke prioriterte tiltak og aktiviteter knyttet til sosial deltakelse.

Kontinuitet i oppfølgingen av enkeltpasienter så heller ikke ut til å bli prioritert. Pasientene møtte mange forskjellige pleiere. Ifølge studentene medførte det at mange pasienter følte seg utrygge og at de ikke fikk den hjelpen de trengte.

En pasient som var opptatt av at hjemmesykepleien ikke hadde tid til å være så mye hos henne, sa «dere i hjemmesykepleien har det jo så travelt».

En annen primærpatient ga uttrykk for at hun trengte mer psykososial støtte for å være trygg, slik at hun kunne delta i det sosiale livet, men også at hun opplevde at det var begrenset tid og ressurser til slik støtte.

Studentene var opptatte av at det ble utarbeidet rehabiliteringsplaner sammen med tverrfaglig personale som fysio- og ergoterapeut. Hensikten var å støtte og hjelpe pasientene ut fra deres viktighetsområde, slik at de kunne komme seg dit de ønsket. En student

beskrev et slikt samarbeid hvor det lyktes å få en pasient på dagsenter. Personalet på dagsenteret beskrev hvor vellykket dette var for den aktuelle pasienten: «Det lyser omkring han, når han er her.»

Flere studenter beskrev at de ønsket å hjelpe brukere med å finne enkle løsninger som kan gi litt mer livsglede, og til å kunne mestre sin livssituasjon. Eksempler på det, var å knytte relasjoner mellom pasient og besøksvenn fra Røde Kors, menigheter og foreninger vedkommende hadde deltatt i tidligere.

### Drøftinger

I denne studien har vi kartlagt om studenter innhentet opplysninger om pasientenes «åndelige og filosofiske» anliggender og bruker dette i utforming av rehabiliteringsplaner. Studentene har lært at sykepleien bygger på et menneskesyn som innebærer en åndelig/filosofisk dimensjon. Dette betyr at mennesket søker etter mening, hensikt og innhold i livet, og har håp og vilje til å leve (26-27). Tro knytter menneskets åndelige dimensjon til Gud.

Til tross for at den åndelige dimensjonen ofte er nevnt i pensumbøker, retningslinjer eller interne fagplaner, er den lite operasjonalisert (10, 28-29). I eksisterende sykepleiedokumentasjon i hjemmetjenesten var det lite forkunnskap å hente for studentene. Enkeltvedtak oppført fra bestillerkontoret inneholdt stort sett det som skulle utføres for pasienten, helhetsperspektivet trues (31-32). Dette kan være årsak til at under halvparten av studentene eksplisitt hadde nevnt «åndelig og filosofisk» i sin datainnsamling.

Åndelige behov blir ofte knyttet til religiøs tro. Der pasientene ikke uttrykte en klar religiøs tilknytning, var det vanskelig for studentene å følge opp med tillegsspørsmål. Det kan også være at sykepleiere som ikke selv hadde en trygg religiøs forankring, lett overser slike trosrelaterte ønsker og behov.

Åndelig omsorg beskrives ofte som en del av en helhetlig omsorg (14, 32-33). Åndelig behov signaliserer ofte en relasjon til en åndelig kraft, noe større en seg selv, en skaper, en Gud. I engelsk språklig litteratur blir «spirituality» brukt synonymt med «åndelig». I norsk litteratur er det vanlig å bruke ordparet åndelige/eksistensielle behov (34-35).

Studentene beskrev pasientens bekymring for fremtiden, smerten over å oppleve fysisk og kognitiv reduksjon. Studentene fikk tydelig frem pasientenes opplevelser av ensomhet, angst, depresjon og vanskeligheter med å finne mening i hverdagen. Håpsdimensjonen var for mange tilsynelatende ikke-eksisterende. Dette ble også mangelfullt beskrevet og drøftet av

### Veien videre

- Informasjon om religion og livssyn bør være integrert i sykepleiedokumentasjon
- Studentene må ha gode rollemodeller
- Pasientenes lokale nettverk kan aktiveres
- Åndelige/filosofiske behov kan bedre imøtekommes ved at enkeltvedtak settes inn i en helhetlig omsorgsmodell



**SAMMENHEN-  
GER:** Sykepleiestu-  
dentene i studien  
beskriver i liten grad  
sammenhengen  
mellom lidelse,  
angst, depresjon og  
bekymring for frem-  
tiden. Illustrasjons-  
foto: Colourbox.



**SAVNER MENIG-  
HETEN:** Flere pasi-  
enter uttrykker at  
felleskapet i menig-  
heten betyr svært  
mye for dem, og at  
det er et stort savn  
når de ikke lenger  
kan delta. Illustra-  
sjonsfoto: Colourbox.

studentene; sannsynligvis fordi åndelige/filosofiske viktighetsområder ikke var operasjonalisert (10).

Sykepleiere blir ofte omtalt som koordinatorene av rehabiliteringsteamet og de som ivaretar helhetsspektivet, men tiltak knyttet til fysiske funksjoner prioriteres. Det har sannsynligvis sammenheng med enkeltvedtak som formuleres av andre enn de som utfører tjenesten (36).

Pasientene ga uttrykk for at det var fysioterapeutene og ergoterapeutene som var ekspertene, men understreket samtidig at de sjelden kom for å hjelpe dem. I praksis var det lite drøfting om hvilke bidrag de ulike faggruppene skulle gi.

Reme m.fl. (34) har et psykologisk ståsted og refererer til at i psykiatrien er en opptatt av bakenforliggende årsaker til ulike mestringsstrategier, men likevel blir religiøse/filosofiske mestringsstrategier omhandlet i liten grad. Fra sin medisinske erfaring ser Magelsen og Fredheim (35) religiøs mestring som en anvendelse av religiøse oppfatninger eller religiøs praksis for å redusere følelsesmessig stress og lidelse. Stifoss-Hansen (19) er teolog og mener generelt at religion og livssyn kan være et aktuelt verktøy som enkelte henter frem for å mestre en vanskelig livssituasjon.

Sykepleierstudentene beskrev praktiske tiltak, som å sørge for at pasienten kommer til gudstjeneste og får snakket med prest eller en kontaktperson fra sitt livssynsfunn. Dette gjaldt de pasientene som tydelig ga uttrykk for sine religiøse behov. Å avgrense den åndelige dimensjonen til bare å gjelde det religiøse, kan medføre at den ikke-religiøse pasientens åndelige behov neglisjeres. Det kan også føre til at sykepleieren fraskriver seg ansvaret for å engasjere seg i pasienter med religiøse behov, fordi han eller hun anser sin egen kompetanse som liten og definerer presten, eller en annen religiøs kontaktperson, som ekspert.

Når det gjaldt omtale av åndelig/filosofisk som viktighetsområde, var det ingen forskjell på de eldste eldre (80+) og de yngre. Uansett var gjennomsnittsalderen relativt høy, og studentene beskrev lite i sine rehabiliteringsoppgaver om hvordan de forklarte pasientene begrepet åndelig/filosofisk.

Bush og Bruni (14) presiserer at menneskes åndelige dimensjon ikke kan skilles fra den kroppslige eller psykiske dimensjonen. I fagboken «Rehabiliterende sykepleie» av Angel og Aadal (37) er begrep som åndelig, filosofisk, eksistensielt og religion fraværende i stikkordsregisteret, mens angst og depresjon er ofte nevnt. Miller (38) vektlegger «tro» som en viktig del av å mestre kronisk sykdom, og hun knytter begrepet til den ressursen religiøs tro er for mange.

Ut fra synet på det hele mennesket må åndelig omsorg integreres i all pleie og omsorg. Pasienten kan oppleve omsorgsfullt stell av kroppen som uttrykk for respekt og omsorg for hele hans person.

Sykepleie handler om å kompensere for en pasients manglende evne til egenomsorg (39) eller for hans manglende krefter, kunnskap og vilje (32). Med kompensering menes her å gjøre handlinger for den andre som den andre ikke selv kan gjøre under sykdom. Studentene beskrev pasientens fysiske smerte og lindrende behandling i relasjon til det. De viste til praksisfeltet med gode rollemodeller for hvordan de skulle observere og intervensere i tilknytning til pasientens kroppslige behov som smerte. Dette gjaldt derimot ikke ved åndelige/filosofiske anliggender. Den praksiskunnskapen som fantes på det åndelige området, var i stor grad taus. Dette gjaldt også dokumentasjon i den elektroniske journalen.

Organisasjonsstrukturen legger ofte opp til at mange pleiere deler forskjellige brukere. Det blir derfor få pleiere som har innsikt i pasientenes helhetlige livssituasjon. En gjennomgang av den litteratur som studentene henviste til for å utdype pasientenes rehabiliteringsbehov, viste at ingen av artiklene inneholdt eksplisitt åndelig omsorg. Studentene hadde tilgang til pensumlitteratur om dette temaet, men de viste sjelden til sammenhengen mellom pensumet og fortolkningen av pasientenes viktighetsområde.

### Konklusjon

I helseplaner og faglitteratur er helhetlig omsorg et kjernebegrep som innebærer fysisk, psykisk sosial og åndelig omsorg. I denne studien viser analysen av

66 rehabiliteringsplaner at det er de grunnleggende fysiske behov som blir ivaretatt.

Ingenting i oppgaveteksten uttrykte at åndelige/filosofiske behovsområde spesielt skulle bli vurdert. Dette kunne være medvirkende til at viktighetsrådet åndelig/filosofisk ikke var nærmere omtalt. Studentenes rollemodeller og veiledere i hjemmesykepleien har tilsynelatende ikke drøftet dette i forhold til datasamling for rehabiliteringsplanen.

Sykepleiestudenter beskriver i liten grad sammenhengen mellom lidelse, angst, depresjon og bekymring for fremtiden. For mange pasienter kan dette handle om å finne mening i sin egen situasjon. Funnene peker på et behov for en organisasjonsendring som setter enkeltvedtak inn i en helhetlig omsorgsmodell og en styrket samhandling mellom høyskole, praksisfelt, religiøse og ideelle organisasjoner for å kunne ivareta en helhetlig omsorg for pasienter med mestringsutfordringer. ■

**Referanser:**

1. Holmberg M, Valmari G, Lundgren SM. Patients' experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. *Scand J Caring Sci* 2012;26(4):705-12.2.
2. Brunborg B. Sykepleierstudenter aktiviserer eldre pasienter i hjemmesykepleien. *Klinisk sykepleie* 2009; 23 (2):24-33.
3. Lovdata. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 21. juni 2013; nr. 82 (helse- og omsorgstjenesteloven). Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>. (30.08.2014).
4. Helse og omsorgsdepartementet. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. FOR 2011-12-16-1256 (30.08.2014).
5. Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Helse og omsorgsdepartementet. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=723252> (30.08.2014).
6. Meld. St. 34 (2012–2013). Folkehelsemeldingen. <http://www.regjeringen.no/pages/38307106/PDFS/STM201220130034000DDPDFS.pdf>. (30.08.2014).
7. Verdens helseorganisasjon. International classification of functioning – disability and health. 2001. <http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual2.pdf?ua=1> (30.08.2014)
8. Haugsbø A, Larsen BI. ICF – ny internasjonal klassifikasjon av funksjon og helse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;(19):124. <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2004/2514.pdf>.
9. Norges offentlige utredninger. Det livssynsåpne samfunn. En helhetlig tros- og livssynspolitikk. Kulturdepartementet. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kud/dok/nouer/2013/nou-2013-1.html?id=711212> (29.08.014)
10. Bredland E, Linge OA, Vik K. Det handler om verdighet og deltakelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2012.
11. Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc.) versjon 21; <http://www-01.ibm.com/software/analytics/spss/>
12. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health* 2012 Dec;40(8):795-805.
13. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademiske, 2009.
14. Bush T and Bruni N. Spiritual care as a dimension of holistic care: a relational interpretation. *Int J Palliat Nurs* 2008;14:539-545.
15. Register M, Herman J. Quality of life revisited: the concept of connectedness in older adults. *Adv Nurs Sci* 2010;33(1):53-63.
16. Brusgaards D. Hva skal fremlegges for regional etisk komité? Brev til redaktøren. *Tidsskr Nor Legeforen* 2012;132(21):2359-60. <http://tidsskriftet.no/article/2926376>.
17. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Oslo: 2006
18. Breivne G. Lidelse, livsmot og håp. In: Kristoffersen J, ed. Grunnleggende sykepleie. Oslo: Gyldendal Norsk forlag, 2012.

19. Stifoss-Hanssen S. Å leve med og mestre plager i et hverdagsperspektiv; hvordan man kan tenke om mestring som et blikk, en måte å se på. *Omsorg: Nordisk tidsskrift for palliativ medisin* 2012;29(2):3-8.
20. Barremo A, Bruce E, Salander M, Sundin K. Personers opplevelse av å leve med kronisk hjertsvikt – systematisk litteraturstudie. *Vård i Norden* 2008; 28(3):34-8.
21. Solli E. Veien tilbake til livet. *Sykepleien* 2010;98(12):57-9.
22. Walseth LT, Malterud K. Salutogenese og empowerment i allmenmedisinsk perspektiv. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;124(1):65-6.
23. McKenna K, Liddle J, Brown A, Lee K, Gustafsson L. Comparison of time use, role participation and life satisfaction of older people after stroke with a sample without stroke. *Aust Occup Ther J* 2009;56(3):177-88.
24. Thorsen K, Clausen SE. Funksjonshemming, ensomhet og depresjon: Hva betyr ensomhet for om personer med funksjonshemming opplever depresjon? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2008;45(1):19-27.
25. Rannestad TH, G; Espnes, GA. Psykosomatikken ser kropp og sjel i sammenheng. Det bør sykepleien også gjøre. *Sykepleien* 2006; 94(9):52-6.
26. Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing* 2006;15 (7), s. 852–862.
27. Eriksson K. *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1987.
28. Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs*. 2006;15(7):885-96.
29. Sørbye LW, Undheim LT. Å ta menneskets åndelige dimensjon på alvor. In: Nordhelle G, Danbolt T, editors. *Åndelighet – mening og tro* Utfordringer i profesjonell praksis. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2012:167-82.
30. Birkeland A. Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. *Sykepleien Forskning* 2012; 8 (2):116-22.
31. Birkeland A, Flovik A. *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske, 2014.
32. Henderson MES. *Nursing education*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1982.
33. Travelbee J. *Mellommenneskelige aspekter i sykepleie*. København: Munksgaard, 2002.
34. Reme S, Berggraf L, Anderssen N. Er religion neglisjert i psykiologutdanningen? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2009; 46(9):837-42.
35. Magelssen M, Fredheim OM. A spiritual dimension is important for many patients. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011;131(2):138-40.
36. Tuntland H, Ness NE. *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2014:21-40.
37. Angel S, Aadal L. *Rehabiliterende sykepleie fra begrep til klinisk praksis*: København Munksgaard, 2014.
38. Miller J. *Coping with chronic illness. Overcoming Powerlessness*: Philadelphia, F.A. Davids Company, 2000.
39. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing concepts of practice*. 6th ed. St. Louis, Mo.: Mosby, 2001.