



Diakoniens 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?

Astrid Bergslid

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet

Masteroppgave

Master i diakoni

Antall ord: 23515

Dato 16.05.2022

Opphavsrettigheter

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

Sammendrag/abstract

Tema for denne masteroppgaven er diakoni innenfor sykehusets rammer. Hvordan ser og møter sykepleierne på et lite offentlig sykehus pasientenes åndelige og eksistensielle behov? På hvilke måter kan sykehusdiakonen støtte og utfordre sykepleierne i dette arbeidet? Forskningsmetoden er kvalitativ metode med intervjuer av sykepleiere fra et lite offentlig sykehus i Norge. Intervjuobjektene svarte på hvordan de ser på åndelig og eksistensiell omsorg i sitt daglige arbeid; hva det er, hvordan det utføres og hvordan de samarbeider med sykehusdiakonen. Sykepleierne beskriver helhetlig sykepleie, menneskeverd samt behovet for tilgjengelig diakon, veiledning og refleksjon. Funnene blir drøftet i lys av teori om helhetlig menneskesyn, kristen livstolkning, sjelesorg og åndelig og eksistensiell omsorg i sykehus. I drøftingen ligger både beskrivelse av erfaringer med åndelig og eksistensiell omsorg og muligheter for å jobbe med temaet videre, i samarbeid med sykehusdiakonen. Til slutt har jeg ønsket å gi noen utfordringer videre til arbeidet med dette temaet.

The theme for this subject is diakonia within the frames of a hospital. How do the nurses in a small, public hospital use spiritual care in their daily work. How can the hospital deacon support and challenge them in this work. The research method used in this thesis paper is a qualitative method. I have interviewed several nurses from a small public hospital in Norway. The interview subjects were asked questions regarding spiritual care in their daily work: What it is, how they do it and how they cooperate with the hospital deacon. The nurses describe holistic care, human dignity, and the need for available deacon, guidance and reflection. The findings are discussed with theory of holistic human perspective, Christian interpretation of life, pastoral care and spiritual care in hospitals. The discussion contains both description of experiences with spiritual care and possibilities to continue working with the theme, in cooperation with the hospital deacon. In the end I wish to bring some challenges to the work with this theme.

Forord

Arbeidet med masteroppgaven startet tidlig i diakonistudiet ved å lære om metode og jobbe med prosjektskisser. Veien fram til endelig tema og problemstilling var noe som ble arbeidet fram ved å jobbe individuelt, i gruppe og med lærer. Det gjorde at arbeidet modnet underveis. For meg skapte det gradvis et økt engasjement for masteroppgaven og det arbeidet jeg la i den. Prosjektbeskrivelsen og intervjuguiden bidro til å avgrense og komprimere prosjektet slik at det var lettere å se konturene av det ferdige arbeidet. Skriveseminar og veileder ble viktig for det videre arbeidet frem til ferdig produkt. Det har vært en spennende, engasjerende og til tider krevende prosess som jeg har gledet meg over å stå i.

Takk til sykepleierne som stilte som intervjuobjekter, lederne som la til rette, prest og diakon på det aktuelle sykehuset. Takk til medstudenter, kolleger og leder for støtte underveis i arbeidet. Takk til familien min for tålmodighet. Takk til veileder Kari Jordheim for oppmuntring og konstruktive tilbakemeldinger.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Motivasjon og problemstilling.....	1
1.2	Hvordan temaet plasserer seg i landskapet av tidligere forskning	4
1.3	Begrepsavklaringer.....	4
2	Bakgrunn	6
2.1	Prester og diakoner i sykehus	6
2.2	Religiøsitet.....	6
2.3	Kartleggingsverktøy	7
2.4	Det åndelige og eksistensielle i lover og rammeverk	8
2.5	Pasienten må selv få definere sine behov	9
3	Metode.....	11
3.1	Avveininger i oppstarten	11
3.2	Utvalg	12
3.3	Intervjusituasjonen.....	14
3.4	Metodekritikk	17
3.5	Validitet og reliabilitet.....	18
3.6	Forskningsetikk	19
3.7	Tolkning av materialet.....	20
3.8	Etiske dilemmaer i tolkningen	21
4	Teori	22
4.1	Helhetlig menneskesyn og omsorg i sykepleien og diakonien.....	22
4.1.1	Kari Martinsen.....	22
4.1.2	Joyce Travelbee.....	24
4.1.3	Andre teoretikere.....	25
4.2	Det kristne menneskesynet, kristen livstolkning	26
4.3	Den sjelesørgeriske samtalen.....	28
4.3.1	Kommunikasjon	28
4.3.2	Forståelse av sjelesorg.....	29
4.3.3	Sjelesorgens grunnlag	30
4.3.4	Sjelesorgens sammenheng med salutogenese	31
4.4	Åndelig og eksistensiell omsorg i og utenfor sykehus	32

4.4.1	Mer om begrepene åndelig og eksistensiell	32
5	Analyse av resultatene: Hva sier sykepleierne?	35
5.1	Hva legger sykepleierne i åndelig og eksistensiell omsorg?	35
5.1.1	Et vanskelig tema å snakke om	37
5.2	Hvordan oppdager de åndelige og eksistensielle behov?	38
5.3	Hvordan utføres åndelig og eksistensiell omsorg?	39
5.4	Hvordan kan de samarbeide med diakonen?	42
5.4.1	For pasientene	42
5.4.2	For sykepleierne	43
6	Drøfting	46
6.1	Hva legger sykepleierne i åndelig og eksistensiell omsorg?	46
6.1.1	En del av helheten	46
6.1.2	Å se det enkelte mennesket	48
6.1.3	Et vanskelig tema å snakke om	50
6.2	Hvordan utføres åndelig og eksistensiell omsorg?	51
6.2.1	Den gode samtalen	51
6.2.2	Åndelig omsorg er mer enn ord.....	53
6.2.3	Åndelig omsorg krever tid.....	54
6.3	På hvilke måter kan diakonen støtte sykepleierne?	55
6.3.1	Som hjelp til pasientene	55
6.3.2	Som hjelp til sykepleierne	56
6.4	... og hvordan kan diakonen utfordre sykepleierne på åndelig omsorg?	58
7	Oppsummering	61
7.1	Etterord fra forfatteren.....	62
	Litteraturliste	63
	Vedlegg	67

1 Innledning

Masteroppgaven gir mulighet til å fordype seg i noe man er interessert i, noe som er relevant for eget arbeid, for diakoniforskning og for faget ellers. Tema og vinkling skal være gjenkjennbart for andre, i andre situasjoner, andre steder. Diakoni kan være så mangt. I studiet, i praksis og blant kolleger har jeg sett mange måter å jobbe på med ulike fokus og prioriteringer for arbeidet. De fleste jobber som menighetsdiakoner med fokus på utsatte grupper som eldre, flyktninger og mennesker som på en eller annen måte faller utenfor samfunnet. Noen jobber mer rettet mot ungdom og unge voksne, mens andre har et internasjonalt fokus. Jeg tilhører en mindre gruppe som jobber innenfor institusjon, med diakoni i en offentlig helseinstitusjon. Tema for masteroppgaven min er åndelig og eksistensiell omsorg i sykehus; diakoni innenfor sykehusets rammer.

1.1 Motivasjon og problemstilling

Jeg har helsefaglig bakgrunn og har jobbet som sykepleier i over tjue år. Hovedsakelig på sykehus, på medisinsk sengepost med hjerte, lunge, indremedisin og kreft. I ett års tid jobbet jeg med kirurgiske pasienter. Jeg har helt fra ungdomstiden vært engasjert i frivillig arbeid innenfor kirke og menighet, på flere nivå og med flere aldersgrupper. I diakonistudiet er vi oppfordret til å bruke den bakgrunnen og utdanningen vi har fra før sammen med det som masterutdanningen i diakoni gir. Masteroppgaven gir meg mulighet til å undersøke hvordan helsepersonell på institusjon møter åndelige og eksistensielle behov og hvordan de samarbeider med diakonen om åndelig omsorg. Som utøvende sykepleier var jeg også interessert i dette feltet. Jeg var, og er, opptatt av hvordan vi møter våre medmennesker slik at de føler seg sett og møtt. Både som sykepleier og som diakon ønsker jeg større bevissthet rundt dette. Alle er mer enn sin diagnose. Noen ganger er det andre behov som tar plass og som trenger å møtes utover det som er årsak til sykehusinnleggelsen. Vi er hele mennesker, med fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Disse er innvevd i hverandre. Vi må da se og møte hverandre som hele mennesker. Et helhetlig menneskesyn er viktig både innenfor sykepleien og diakonien.

Det handler om menneskeverd. Ser du bare diagnosen, lungebetennelsen på rom 23, eller mennesket fru Olsen som også mistet sin mann i fjor? Ved å gi rom for hennes sorg kan både kropp og sinn bedre heles. Jeg ønsker som sykehusdiakon å være en pådriver til å fremme

åndelig og eksistensiell omsorg. For å sammenligne med menighetskontekst, så gjør ikke diakonen i en menighet alt arbeidet selv. I tillegg til selvstendig arbeid leder hun frivillige og utfordrer dem. I sykehussammenheng har diakonen mulighet til å støtte og utfordre sykepleierne på åndelig og eksistensiell omsorg. Jeg tror på mangfold. Vi trenger hverandre, vi utfyller hverandre og møter hverandre på ulikt vis. Som diakon har jeg en rolle som samtalepartner, men kanskje er det sykepleieren på natt fru Olsen åpner seg for når hun blir liggende å tenke og ikke får sove?

Som utøvende sykepleier erfarte jeg at feltet åndelig omsorg var noe som ble snakket lite om. Spørsmål som har opptatt meg er: Hvordan ha omsorg for hele mennesket i en sårbar situasjon? Hvordan får åndelig og eksistensiell omsorg plass i sykehushverdagen? Denne oppgaven gir meg en mulighet til å sette ord på noe av det, ved hjelp av sykepleierne jeg møtte, for meg selv og for andre som leser dette. Det gir en mulighet til å løfte denne delen av helhetlig omsorg opp og fram.

Problemstilling:

Hvordan ser og møter sykepleierne på et lite offentlig sykehus pasientenes åndelige og eksistensielle behov? På hvilke måter kan sykehusdiakonen støtte og utfordre sykepleierne i dette arbeidet?

Det finnes mange sykehjem og sykehus i Norge. Noen er store og noen er små, i større eller mindre byer. De har ansatte med ulik utdanning og helsefaglig bakgrunn. For å avgrense oppgaven har jeg valgt å intervju sykepleiere på et lite, offentlig sykehus i Norge. Det finnes mange slike små sykehus, med et stort geografisk distrikt rundt. De fleste sykehusene og noen sykehjem har ansatt en prest eller diakon. På de større sykehusene er det flere som arbeider i team og har mulighet for vaktberedskap store deler av døgnet. På små sykehus er dette gjerne bare en person i en dagstilling. Sykepleierne er tettere på pasientene og bruker mye tid sammen med dem til pleie og omsorg. På sykehusene er det både dagbehandling og døgnbehandling. Noen sykepleiere jobber bare dagtid, andre jobber i turnus og veksler mellom dag, kveld og natt. Jeg har intervjuet noen som jobber dagtid, noen som jobber turnus, noen som jobber innenfor medisin og noen innenfor kirurgi. Alle jobber tett på pasienter. Jeg har spurt dem hvordan de utøver åndelig og eksistensiell omsorg i sin arbeidshverdag, hva de legger i begrepene og hvordan de samarbeider med sykehusdiakonen.

På det aktuelle sykehuset der intervjuene er foretatt har det vært ansatt både prest og diakon. I intervjuene blir begge titler brukt. De utfører de samme arbeidsoppgavene; rollen er den samme. Arbeidet er diakonalt om det er en prest eller en diakon som utfører det. Jeg har derfor bevisst valgt å bruke diakonen som representant for sykehuskirken i denne oppgaven.

Jeg har med utgangspunkt i svarene gått nærmere inn på hva åndelig og eksistensiell omsorg er og hvordan diakoni kan se ut i et sykehus. I utdanning, teori og litteratur møter vi idealer. Vi møter de «rette svar» på disse spørsmålene. Jeg tar i denne oppgaven utgangspunkt i praksis. Hvordan ser åndelig og eksistensiell omsorg ut i arbeidshverdagen for sykepleiere på et gjennomsnittlig offentlig sykehus? Hvordan samarbeider sykepleierne og sykehusdiakonen om dette? Det handler om hverdagen slik den er. Jeg har deretter belyst praksis med teori både fra sykepleiefaget og diakonifaget. Jeg har brukt sykepleieteori om helhetlig menneskesyn ved sykepleieteoretikerne Kari Martinsen, Joyce Travelbee og Florence Nightingale. Jeg har sett på forståelsen av kristen sjelesorg ved Tor Johan S. Grevbo, Berit Okkenhaug, Anna Dalaker, Bernt Falk og Øyvind Eide. Jeg har brukt forståelsen av åndelig omsorg ved Linda Rykkje og Anne Austad, Hans Morten Haugen, og forståelsen av kristent menneskesyn ved Jan Olav Henriksen og Heidi Schmidt. Jeg er også innom kommunikasjon som arbeidsform ved Eide& Eide. Jeg har i løpet av studiet og i arbeidet med masteroppgaven gledet meg over å kunne jobbe praksisnært og å la teori og litteratur belyse praksis.

Vi møter aldri andre mennesker fordomsfritt. Jeg er preget av min oppvekst, min utdanning, min yrkesbakgrunn og mine erfaringer. Å intervju andre med tilsvarende bakgrunn og utdanning med åpent sinn, og å la dem fortelle uten å dele av egne erfaringer, var både krevende og givende. Jeg har så mange tilsvarende erfaringer det hadde vært fristende å dele. Da ville jeg ha påvirket intervjuobjektet i forhold til hvordan samtalen hadde utviklet seg videre. I tillegg ville mine erfaringer tatt oppmerksomheten bort fra intervjuobjektens erfaring og praksis på det aktuelle sykehuset.

1.2 Hvordan temaet plasserer seg i landskapet av tidligere forskning

Det er skrevet flere bacheloroppgaver i sykepleie om åndelig og eksistensiell omsorg. De har ulike vinklinger: Mot kronisk sykdom, livstruende sykdom eller døende pasienter. Jeg fant temaet i en bacheloroppgave i vernepleie og i en fordypningsoppgave i kreftsykepleie. Alle disse oppgavene er litteraturstudier. Jeg fant også en masteroppgave med tema åndelig omsorg for eldre utfra et sjelesørgerisk perspektiv. De er alle skrevet mellom 2010 og 2020. Temaet blir med jevne mellomrom belyst i fagtidsskriftet Sykepleien og i kristne aviser som Dagen og Vårt Land. Min masteroppgave tar utgangspunkt i erfart praksis i forhold til åndelig og eksistensiell omsorg fra sykepleiers perspektiv i et lite, offentlig sykehus. Det handler både om hvordan de selv utfører dette, hvordan de bruker diakonen og hvordan de ser for seg samarbeid videre. Jeg har ikke funnet noen oppgaver om åndelig og eksistensiell omsorg som har akkurat dette perspektivet. Jeg håper da å kunne være en stemme inn i dette feltet både for å opplyse og bevisstgjøre.

1.3 Begrepsavklaringer

Åndelig og eksistensiell er sentrale begrepspar i problemstillingen og jeg vil derfor kort forklare de allerede her i innledningen. De er begreper som går over i hverandre. I oppgaven bruker jeg begge. Jeg bruker de sammen og skiller ikke i betydning. Også i definisjonen som følger her er begge begreper med. Jeg har valgt en vid definisjon for å favne sykepleiernes og diakonens arbeid i et sekulært, livssynsåpent system som et offentlig sykehus er.

Åndelig omsorg kan forstås som

-det å være oppmerksom på brukerens eksistensielle spørsmål og ressurser

-å lytte til den mening disse har i brukerens livshistorie og

-å assistere brukeren i hans/hennes arbeid med eksistensielle spørsmål, med utgangspunkt i hans/hennes livssyn. (Stifoss-Hanssen & Kallenberg, 1998, s.21)

Masteroppgaven er bygd opp med innledning først der mitt forhold til temaet presenteres sammen med problemstillingen. Deretter presenterer jeg konteksten og hvordan temaet rammes inn av forskrifter og retningslinjer. Videre følger gjennomgang av metode. Der viser jeg hvordan jeg har jobbet, hvilke valg jeg har gjort og bakgrunnen for dem. I teorikapittelet presenterer jeg ulike teorier innenfor sykepleie og diakoni. De går på helhetlig sykepleie, kristent menneskesyn og sjelesorg. Jeg går også dypere inn i forståelsen av det åndelige og eksistensielle innenfor sykehusets rammer. I analysedelen trekkes hovedfunnene fra materialet frem og jeg viser hvordan jeg har jobbet dem frem. I drøftingen belyser teorien praksis og jeg diskuterer hvordan jeg forstår funnene. Jeg ser på hvordan litteraturen belyser det sykepleierne forteller og hvordan deres fortellinger fyller ut og fargelegger teoriene. Til slutt følger en oppsummering.

2 Bakgrunn

2.1 Prester og diakoner i sykehus

Diakoner i sykehus har en lang historie som jeg også er innom i teorikapitlet. Diakonene hadde da sykepleieroppgaver og en annen rolle enn sykehusdiakoner i dag. Sykehusdiakon i dag er en del av prestetjenesten på noen sykehus i Norge. De fyller samme rollen som sykehusprester gjør andre steder. Det er noen få sykehusdiakoner i Norge, de fleste er sykehusprester. Felles for begge er at de driver diakonalt arbeid. De har et ekstra ansvar for åndelig og eksistensiell omsorg for pasienter, pårørende og ansatte. Tidligere var det menighetsprester og diakoner som dekket disse behovene. Med årenes løp har de fleste sykehus egne ansatte. Arbeidsoppgavene består gjerne av livssynsåpen samtaltjeneste, refleksjonsgrupper, veiledning, undervisning, samt å bistå med ritualer som nøddåp, salving/oljing, nattverd og skriftemål. Sykehusdiakon eller prest er gjerne en del av palliativt(lindrende) team, psykososialt kriseteam og klinisk etisk komite. Noen sykehus har andakter eller korte gudstjenester på søndager og i forbindelse med de kristne høytidene. Større sykehus har gjerne også ansatte fra andre tros- og livssynsamfunn, som for eksempel sykehushumanist og kulturkonsulent. På små sykehus samarbeider man med eksterne representanter etter behov.

2.2 Religiøsitet

Norge er i dag i økende grad ett flerreligiøst samfunn. Ikke alle har en religiøs tro, men de fleste har nok en måte å tolke livet sitt, både det vi ser og det vi ikke ser. Et felles ord for dette er livssyn. Livssyn, kultur og tradisjon gir ulike rammer for livstolkning og kan være ressurser for mestring. (Giske & Cone, 2019) Å være religiøs er en av flere måter å være åndelig på. Det handler om å tro på noe utenfor seg selv og å forstå seg selv i den sammenhengen, med den oppfatningen om at det finnes noe i livet som er hellig. Mange som regner seg som religiøse eller troende er knyttet til et trossamfunn. Trossamfunn er ofte organiserte. Til tross for ulike religioner i Norge er det største trossamfunnet Den Norske Kirke der 68% av Norges befolkning var medlem i 2020 (Statistisk Sentralbyrå, 15.juni 2021) Dette tallet har vært synkende, og det er ulike tall for de ulike delene av landet. Mange har en kristen ramme rundt

sin livstolkning, selv om innhold og uttrykk varierer. Noen har en tydelig gudstro, mens for andre handler det om at det finnes noe mer, noe utenfor oss selv. (Schmidt, 2011, s.41)

2.3 Kartleggingsverktøy

Et sykehus er preget av regler, retningslinjer og prosedyrer. De skal sikre god og lik behandling. Det vil da være naturlig å spørre etter kartleggingsverktøy for åndelige behov. Jeg nevner her tre slike verktøy. Det første er utviklet av den amerikanske sykepleieforskeren Ruth Stoll og har fire hovedspørsmål med underpunkter: 1) Kilder til håp og styrke, 2) forhold mellom åndelig helse og tro, 3) livssyn og livssynspraksis og 4) forholdet til Gud. Det andre er utviklet av den amerikanske legen Christina Pukalski og er forkortet FICA = Faith, Importance, Community og Adress. De fire hovedpunktene her er: 1) Tro og livssyn, 2) viktighet, 3) fellesskap og 4) relevans for pleien. Det siste er utviklet av 2 amerikanske leger Gwori Anandarajah og Ellen Hight og er forkortet HOPE= Hope, Organized religion, Personal spiritualitet and practice og Effects. De fire hovedspørsmålene her går på: 1) Kilder til håp, mening, styrke, fred, kjærlighet og tilhørighet, 2) organisert religion, 3) personlig åndelighet og praksis og 4) effekten på medisinsk behandling, inkludert utfordringer ved livets slutt. (som gjengitt i Giske & Cone, 2019, s. 58-62)

Fagtidsskriftet Sykepleien publiserte nylig en artikkel om åndelig omsorg. (Kuven et al., 2022) Her minner forfatterne om at åndelig omsorg handler om mer enn tro og livssyn. Det handler om meningen med livet, hvordan man forholder seg til seg selv og andre mennesker. Det handler om holdninger og praktiske handlinger. Det handler om å møte pasientenes utfordringer og bygge på den enkeltes muligheter. For å standardisere dette viser de til EPICC, en felles europeisk standard for åndelig omsorg i sykepleierutdanningene. Arbeidet for å utarbeide standarden ble gjort av 31 forskere og lærere i 21 land i 2016-2019. Her defineres åndelighet slik:

Den dynamiske dimensjonen ved menneskelivet som er relatert til hvordan personer, både som individer og fellesskap, opplever, uttrykker og/eller søker mening, hensikt, transendens, og måten de er i kontakt med øyeblikket, til seg selv, til andre, til naturen, til det betydningsfulle og/eller det hellige (VID)

Definisjonen her er hentet fra den europeiske organisasjonen innen palliasjon (EAPC) som i 2010 ønsket et felles begrep for åndelig og eksistensiell omsorg. (Hirsch & Røen, 2016,

s.316) I standarden blir både ønsket kompetanse, kunnskaper, ferdigheter og holdninger beskrevet. Den beskriver de fire kjernekompetansene slik: 1) Egen åndelighet, 2) relasjonell åndelighet, 3) vurdering og planlegging og 4) intervensjon og evaluering. Målet for arbeidet med standarden var å skape økt bevissthet om det åndelige og å hjelpe studentene å bli bedre kjent med egne styrker og svakheter. Den ble testet blant studenter både i Afrika, Amerika og Europa, deriblant Norge. Tanken var at dette verktøyet kunne hjelpe studenter og sykepleiere så åndelig omsorg kan bli praktisk handling og slik ivareta helhetlig omsorg. De som har arbeidet med dette jobber for å innføre det ved sykepleierhøyskoler over hele Europa. (Kuven et. al. 2022) Oslo Universitets Sykehus(OUS) er et av mange sykehus som har egne retningslinjer for å ivareta åndelig og eksistensielle behov hos pasienter og pårørende. (oslo-universitetssykehus.no u.å.)

Dette er ulike måter å beskrive åndelige og eksistensielle behov. Sykehus i Norge har ulike digitale dokumentasjonssystemer. På det aktuelle sykehuset ble Elektronisk Pasient Journal (EPJ) i form av DocuLive brukt. (Cerner,u.å.) Det er et eget punkt for Livsstil og Åndelig/kulturelt. Her ville det være mulig å bruke et av kartleggingsverktøyene eller standard som jeg har beskrevet. Det kan også dokumenteres i fritekst. Sykepleierne på det aktuelle sykehuset brukte kvalitetssystemet EQS(extend.no u.å.) for å finne prosedyrer og en av sykepleierne nevnte ESAS (Edmonton, Symptom Assesment System) som et kartleggingsverktøy innen palliasjon.(nhi.no u.å.)

2.4 Det åndelige og eksistensielle i lover og rammeverk

Det åndelige og eksistensielle har etter hvert blitt synliggjort innenfor helsevesenet i råd, retningslinjer og i ulike typer lover og rammeverk. Helse og omsorgsdepartementet synliggjør dette i «Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre» (2018, pkt 5.2) «Helse- og omsorgstjenestene må sørge for at den enkeltes tro og livssynsutøvelse og behov for samtaler om eksistensielle spørsmål blir ivaretatt.» Videre understrekes det fra Helsedirektoratet i Nasjonale faglige råd om for lindrende behandling i livets slutfase: «Når livet nærmer seg slutten vil ofte spørsmål knyttet til det åndelige, eksistensielle og religiøse få økt betydning og kan være viktige for pasientens opplevelse av identitet og mening.» (Helsedirektoratet, 2018, kapittel 2)

Stortingsmelding 24 (2019-2020) som omhandler lindrende behandling og omsorg innledes med sitatet «Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.» Kapittel 5 omhandler helhetlig tilnærming og ivaretagelse av hele mennesket. Her er spørsmålet: «Hva er viktig for deg?» styrende for utformingen av tilbud som ivaretar både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Det er fokus på personsentrert tilnærming, og et underkapittel (5.1.4) er viet åndelige og eksistensielle behov. Pasientene har rett til tros- og livssynsutøvelse, og det skal legges til rette for samtaler om åndelige og eksistensielle behov. Her står det også at de fleste sykehus har ansatte prester og diakoner som bistår med dette. Disse kan tilby samtale, veiledning og samtalegrupper. De kan bidra med undervisning, ritualer og omsorg ved livets slutt. Gjennom kapittel 5 vises også eksempler på hvordan åndelig og eksistensiell omsorg utøves i praksis ved sykehjem i Nordland, på Sykehuset Østfold, ved Oslo Universitetssykehus og i Grimstad kommune. (Meld. St. 24 (2019-2020))

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det spesifisert i punkt 2.2: «Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten.» og i 2.3. «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.» Det står også under punkt 1.7 om å kjenne grensene for egen kompetanse og å søke veiledning. (Norsk Sykepleier Forbund, 2019)

Regjeringen publiserte i 2010 forskrift om verdighetsgaranti for å sikre en verdig, trygg og meningsfull alderdom. For å sikre dette listes det opp en del hensyn som må tas under paragraf 3. I paragraf 3, punkt d står det spesifisert slik: «Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål» Forskriften ble tatt i bruk 1. januar 2011. (Forskrift om verdighetsgaranti, 2010, paragraf 3d)

2.5 Pasienten må selv få definere sine behov

Høgskolelektor Kuven og sykepleierstudent Bjorvatn (2015) har skrevet en artikkel om åndelig omsorg i sykepleien som avsluttes med oppsummeringen: Pasienten først! Dette trekker også Gudmund Hernes fram fra sin tid som helseminister. Det er utgangspunktet for all pleie og behandling, for planlegging av helsetjenester og for kommunikasjon. Jeg tolker det slik at det ligger det helhetlig sykepleie bak alle reglene om Pasienten først! (NOU 1997:2) I sitt foredrag ved Diakonhjemmets Høgskole høsten 2007 utfordret han studentene på etikk og ansvar ved å bruke fortellingen om den barmhjertige samaritan. (Hernes, 2009, s.23-30)(Luk 10,25-37, Bibel 2011)

Kuven og Bjorvatn deler erfaringene om åndelig omsorg i praksis og opplever det som noe som ikke blir snakket om. Åndelig omsorg skal være en del av den helhetlige, profesjonelle omsorgen sier de og minner om at når livet blir sårbart, kan behovet for å bli møtt på sine åndelige behov være ekstra viktig. De understreker at pasienten selv må få definere sin virkelighet. Det må være respekt, ekthet og tilstedeværelse i møtet mellom sykepleieren og pasienten. Å spørre om hvor pasienten finner håp, og å oppfordre til å sette ord på behov og ressurser kan være måter å møte pasienten. Når sykepleieren er oppmerksom, kan tegn på åndelige behov vises i mer enn samtale. Det kan handle om blikk, berøring, musikk og det som ligger på nattbordet. (Kuven & Bjorvatn, 2015)

En sykepleier blir gjerne forstått som en generalist som kan mye om ulike sykdommer, ulike behandlinger og utførelsen av dem. Like viktig som kompetansen sykepleieren selv har, er kunnskapen om når det skal trekkes inn spesialkompetanse. På det åndelige området vil prest og diakon være slike spesialister. Å lytte, støtte og bidra praktisk kan alle sykepleiere gjøre. Ved å ha et reflektert forhold til eget livssyn, kan sykepleierne i større grad bruke egen kompetanse. (Giske & Cone 2019) Det er sykepleierne som i størst grad utøver åndelig og eksistensiell omsorg, men prest og diakon har et særlig ansvar gjennom samtaler med pasienter og pårørende og veiledning/opplæring av helsepersonell. (Hirsch & Røen, 2016, s. 316)

3 Metode

3.1 Avveininger i oppstarten

Vitenskapelig kunnskap kan innhentes på flere måter. Forskning handler om å samle inn data fra den virkeligheten som det skal forskes på. Dataene skal være relevante i forhold til forskningen. Det samme gjelder valg av metode. Vi skiller gjerne mellom kvantitativ metode med statistikk og spørreskjema og kvalitativ metode med intervjuer og observasjonsmetoder. Hva som velges, må passe til det forskningsspørsmålet du ønsker svar på og typen kunnskap det spørres etter. Vitenskapelig kunnskap skal komme av systematisk og kritisk refleksjon og ikke en rask synsing av det forskeren selv er mest opptatt av. (Malterud, 2003. s.19-22, Johannessen, Tufte, Christoffersen, 2016) I denne oppgaven har jeg benyttet meg av kvalitativ metode. Kvalitativ metode brukes når man ønsker å forstå sosiale fenomener og fortolke dem. Kvalitativ metode er en prosess. Det er derfor viktig å vise prosessen jeg har vært igjennom og hvordan jeg har jobbet underveis. Dette fordi det ligger en stor grad av fortolkning i det jeg gjør. (Thagaard, 2013 s.11-14)

Innenfor kvalitativ metode har jeg valgt å bruke semistrukturert intervju som en form innenfor kvalitativt forskningsintervju. Kvale og Brinkmann skriver at det kvalitative forskningsintervjuet prøver å forstå verden slik intervjupersonen forstår den (2015, s.20) Jeg ønsker å forstå hvordan sykepleierne ser på åndelig og eksistensiell omsorg fra deres synsvinkel.

Bakgrunnen for valget av denne metoden var behovet for struktur med faste spørsmål som også gav intervjuobjektene mulighet for å gå utenfor rammene, fortelle historier og gi praktiske eksempler. Det gav mulighet til både frihet og rammer i intervjusituasjonene. Et semistrukturert intervju befinner seg i dette spennet mellom frihet og rammer. Det er verken en åpen samtale eller konkrete svar på konkrete spørsmål, som om det skulle være en spørreundersøkelse. (Kvale & Brinkmann 2015, s.46). Intervjuformen må være så åpen at det inviteres til å dele levd liv og konkrete erfaringer og så lukket at intervjupersonen forstår hva slags kunnskap jeg er ute etter. (Malterud, 2003, s.130) Jeg jobber selv innenfor en helseinstitusjon med diakoni og skjønnte fort at å forske på egen institusjon er vanskelig både med tanke på etikk, følelser og samarbeid videre. Jeg valgte derfor en tilsvarende

helseinstitusjon med størrelse og distrikt som kunne ligne på både der jeg jobber og mange andre steder i Norge. Svarene jeg fikk ville være relevante og sammenlignbare for mange.

Denne oppgaven gir ingen fullstendig oversikt over hva åndelig omsorg er utøvd av sykepleier i samarbeid med diakon, hvordan man utfører det eller hvilke teorier som støtter eller utfordrer. Hadde det vært målet med oppgaven ville kanskje kvantitativ metode og et større utvalg vært en bedre måte å jobbe på. I samfunnsvitenskap skilles det mellom harde og myke data fra en hard eller myk virkelighet. I denne sammenhengen forstås harde data som tall og statistikk i kvantitativ metode og myke data som intervju og observasjon i kvalitativ metode (Johannesen, Tufte, Christoffersen, 2016, s.33). Jeg bruker kvalitativ metode for å få et innblikk i hva sykepleierne på et lite offentlig sykehus forbinder med åndelig og eksistensiell omsorg i sin arbeidshverdag. Det handler om hverdagen de står i og slik de forstår åndelig omsorg i den.

Tidlig i prosessen med masteroppgaven utarbeidet jeg prosjektbeskrivelse og intervjuguide. Det var nødvendig for søknadene, men også for meg, for å strukturere og begrense omfanget av prosjektet. Før oppstart ble søknad med prosjektbeskrivelse og intervjuguide sendt til NSD og DAC. NSD er norsk senter for forskningsdata som ivaretar personvern og trygg lagring av forskningsdata. DAC er sykehusenes regionale datakommite for å kunne jobbe med forskning som bruker data knyttet til sykehusene. I denne sammenheng omfattet det godkjenning av intervjuene av sykehusansatte. Disse to godkjenningene måtte være på plass for å utføre intervjuene. Jeg fikk etter en tid foreløpige godkjenninger fra begge parter. Begge krevde en endelig godkjenning fra den andre part for å kunne gi endelig svar. Det løste jeg ved å sende partene hverandres foreløpige svar. Jeg fikk da endelige godkjenninger fra begge parter. DAC krevde i tillegg skriftlig forankring på ledernivå, noe som ble løst med bekreftelser på e-post. Jeg møtte bare velvilje fra alle jeg var i kontakt med på sykehuset.

Jeg ønsket en åpen tilnærming til temaet åndelige og eksistensielle behov og omsorg. Jeg var bevisst på å ikke definere begrepene i møte med sykepleierne, men la dem definere hva de legger i dette. Denne åpne tilnærmingen fulgte meg i arbeidet med teori og definisjoner.

3.2 Utvalg

Jeg valgte å intervju bare sykepleiere. Det er den største gruppen av ansatte på et sykehus, de har en bred utdanning og jobber tett på pasientene. Jeg kunne da også se på hvordan

utdanningen utrunder dem til åndelig og eksistensiell omsorg og det var lettere å sammenligne. Jeg fikk i oppstarten av arbeidet forespørsel om det var aktuelt å ta inn fysioterapeuter til intervju da erfaringen på det aktuelle sykehuset var at disse mange ganger ble en døråpner til samtaler om åndelige og eksistensielle temaer. Jeg valgte altså med bakgrunn i avgrensing å bruke bare sykepleiere.

For å finne intervjuobjekter tok jeg kontakt med diakonen på det aktuelle sykehuset med forespørsel om hjelp. Vedkommende tok kontakt med avdelingssykepleierne og informerte både muntlig og skriftlig. De fikk prosjektbeskrivelse og intervjuguide. Dette skjedde om lag et halvt år før intervjuene ble utført. Målet var å ha seks til ti intervjuobjekter som jobbet på ulik måte, på ulike steder på sykehuset. Dette for å få nok bredde i materialet. Kvalitativ metode i seg selv krever ikke et visst antall intervjuer. Det handler mer om hvilket materiale jeg sitter igjen med etter intervjuene og om det gir grunnlag for å kunne svare på problemstillingen. Jeg jobbet for å få et strategisk utvalg. Jeg ønsket intervjuobjekter som var strategiske i forhold til problemstillingen, emnet og temaet jeg undersøkte. (Thagaard, 2013. s.60)

I løpet av det halve året ble det ansatt en vikarprest i stedet for diakonen, og jeg tok da kontakt med vedkommende. Denne var positiv til prosjektet og villig til å hjelpe med intervjuobjekter. Det ble en ny runde med både muntlig og skriftlig informasjon, og jeg fikk de første intervjuobjektene, med navn og kontaktinformasjon fra avdelingssykepleierne.

Til slutt hadde jeg ni sykepleiere fra flere avdelinger innenfor kirurgi og medisin. Det var både dagposter og døgnposter. Jeg var fornøyd med bredden i materialet. Det var spenn i både alder, erfaring, arbeidssted og arbeidsmåte. Begge kjønn var representert, men med en tydelig overvekt av kvinner. Noe som gjenspeiler sykepleiergruppen i sin helhet. Eventuell kritikk kan gå på at alle respondentene tilhørte somatikken; de jobbet alle med fysisk sykdom.

Både vikaren for diakonen og jeg hadde i forkant vært i kontakt med leder for en døgnpost i psykiatrien. Der var det i utgangspunktet positiv respons, men en krevende bemanningssituasjon den uka jeg var der medførte at ingen takket ja til intervju. Dette til tross for at jeg var tydelig på fleksibilitet i forhold til tid og sted for intervju i løpet av uka jeg var der.

RESPONDENT	ALDER	ERFARING	KJØNN	TILHØRIGHET
R1	Ung	Under 5 år	Kvinne	Kirurgi
R2	Middels	Over 20 år	Kvinne	Medisin
R3	Godt voksen	Over 25 år	Kvinne	Medisin
R4	Godt voksen	Over 40 år	Mann	Medisin
R5	Godt voksen	Over 20 år	Kvinne	Kirurgi
R6	Middels	Over 20 år	Kvinne	Kirurgi
R7	Ung	Under 5 år	Kvinne	Kirurgi
R8	Middels	Over 10 år	Kvinne	Medisin
R9	Godt voksen	Over 10 år	Kvinne	Medisin

3.3 Intervjusituasjonen

Jeg har allerede vært inne på vurderingene jeg gjorde med å ikke forske på egen arbeidsplass med de følger det kunne ha både for hvilket materiale jeg ville få, min behandling av det og arbeidsrelasjoner videre. Det var da viktig for meg å finne en tilsvarende helseinstitusjon der jeg i større grad kunne være objektiv i arbeidet. Helt objektive blir vi jo aldri. I vårt langstrakte land betød det en fysisk avstand til sykehuset der jeg foretok intervjuene. Jeg ønsket fysiske intervju og måtte da reise og bo på stedet. I informasjonen til avdelingssykepleierne, og etter hvert intervjuobjektene, prøvde jeg å være tydelig på at intervjuene ville bli foretatt innenfor rammene av en spesifikk arbeidsuke. Jeg var avhengig av at respondentene fant tid innenfor rammene av dette avgrensede tidsrommet.

Med helsefaglig bakgrunn og erfaring med å jobbe på sykehus, var jeg spent på hvordan jeg skulle få sykepleierne til å bruke tid på å snakke med meg. Det var da en fordel å ha

ledelsesforankring på at arbeidstid kunne brukes til intervju. Jeg sendte e-post til jobbadressen med forslag om dato og tid for intervju på egen arbeidsplass til ni sykepleiere fra både medisin, kirurgi, dagarbeid og turnusarbeid. Det viste seg å være utfordrende å få svar, da travle sykepleiere ikke alltid leser e-post på jobb. Jeg måtte be om hjelp fra avdelingssykepleierne til annen kontaktinformasjon for å komme i dialog med noen av intervjuobjektene. Flere tidspunkt ble flyttet på, noen tre til fire ganger. Jeg hadde satt av en arbeidsuke, mandag til fredag, for å reise fysisk til det aktuelle sykehuset. Jeg bodde nært sykehuset for å kunne være fleksibel på endring av intervjutidspunkt. Det viste seg å være nyttig. De fleste intervjuene ble gjort på dag og ettermiddag, mens ett ble gjort på nattvakt. Ett intervju ble avlyst etter fire flyttinger. Sykepleieren hadde ikke tid til å ta det i arbeidstiden og ønsket ikke å bruke avspasering i stedet for overtid for å ta det på fritiden. Slik jeg vurderte det manglet det da ett intervju fra medisinsk avdeling for å få nok bredde i materialet. Det ble løst ved at det intervjuobjektet fra medisin som jeg hadde fra før foreslo en kollega som var på jobb og som stilte opp spontant. Dette siste, ikke planlagte, intervjuet opplevde jeg etterpå som ett av de beste.

Alle ble før intervjustart gjort oppmerksom på at opplysninger som kunne identifisere dem ble fjernet ved transkribering og at de hadde mulighet til å gå utenfor spørsmålene som lå i intervjuguiden. De skrev under på informert samtykke, som også var tilsendt på forhånd, med mulighet for når som helst å trekke seg. Alle intervjuobjektene, bortsett fra det siste, hadde fått tilsendt intervjuguide med mulighet til å forberede seg, men også informasjon om at det verken var nødvendig eller forventet. Dette ble gjort fordi jeg erfarer at åndelig og eksistensiell omsorg og eksempler på dette er noe mange ikke har så mye språk og ord for. Jeg ville da gi mulighet til å tenke igjennom og finne ord for dette viktige temaet. De fleste stilte forberedt og hadde notert stikkord i forhold til svar. Hva de faktisk brukte av det de hadde forberedt, har jeg ingen forutsetning for å vurdere. Materialet jeg hadde med meg videre var lydopptakene. Jeg så ikke notatene de hadde forberedt. Intervjuenes varighet var fra tjue minutt til i underkant av en time. Det varierte med bruk av fyllord, praktiske eksempler og i hvor stor grad de hadde blikk og språk for temaet åndelig og eksistensiell omsorg. Noen gav tydelig uttrykk for at de syntes dette var vanskelig å snakke om.

Intervjuobjektene ble bedt om å selv å finne rom til intervjuet. Disse rommene varierte fra et lite kott/lagerrom, til mellomstort kontor og stort møterom/dagligstue. For de fleste var det naturlig å tilby kaffe, te eller vann. Det var godt og gjorde det lettere å snakke. Hadde jeg stilt

med rom selv, på egen arbeidsplass, ville jeg gjort det samme. Jeg tenkte at det å komme inn på deres arbeidsplass, i arbeidstiden, ville gjøre det lettere å prioritere intervjuet, så det faktisk ble gjennomført og at det kunne være lettere å snakke om et vanskelig tema. Det var også vanskelig for meg å finne alternative måter å gjøre det på, da det var et fremmed sted for meg og ukjente mennesker.

Jeg brukte intervjuguiden, men fulgte den ikke slavisk. Jeg prøvde å få med hovedspørsmålene og ellers la respondentene snakke fritt. Jeg gjentok også noe for å være sikker på at jeg hadde forstått det de prøvde å formidle. Det ble gjort lydopptak på ekstern enhet som jeg senere transkriberte. Å gjøre transkriberingen selv var et bevisst valg, vel vitende om at det er arbeidskrevende. Jeg erfarte at prosessen med å gjøre lyd om til tekst også er en mental bearbeiding av materialet og fører til en økt bevissthet om hva dette handler om. Analyse og fortolkning startet i intervjusituasjonen og fortsatte i transkriberingen. Det jeg erfarte her bekreftes i metodelitteraturen. (Kvale & Brinkmann 2015, s.207, Thagaard, 2013, s.120, Malterud, 2003, s.80-81) I transkriberingen ble opplysninger som kunne identifisere intervjuobjektene fjernet. Det gjaldt navn, alder, spesifikke arbeidssted og stillinger. Jeg skrev i stedet: Jeg er ung, jeg er midt i livet, og så videre. Med ni intervjuer hadde jeg ni respondenter. Jeg nummererte da intervjuene fra en til ni og kalte intervjuobjektene R1, R2 og så videre. Jeg er I for Intervjuer i det skriftlige materialet. Alt det skriftlige materialet ble da anonymisert. I intervjusituasjonen og videre i transkriberingen kom respondentene av og til med ord og utsagn der jeg tenkte: Det er dette det handler om. Dette er essensielt i forhold til tema og problemstilling. Ved gjennomlesning etterpå markerte jeg disse ordene og sitatene mens jeg grupperte inn under hovedpunkt som: Hva er åndelig/eksistensiell omsorg, Hvordan gjør vi det? og Hvordan samarbeider vi med diakonen?

Jeg hadde gjort et bevisst valg med tanke på fysisk tilstedeværelse i intervjusituasjon. Dette fordi jeg ønsket å fange opp nyansene i svarene på spørsmålene i et tema som kan være vanskelig å snakke om. Språk er så mye mer enn bare ord; det er tonefall, pauser og bruk av kroppen. Det er hvordan vi hilser på hverandre, bruk av blick og hvordan vi sitter. Jeg så også for meg at det ville være vanskelig å ivareta taushetsplikt og personvern i digitale intervju da de fleste sykepleiere på avdeling ikke har eget kontor med egen datamaskin, men sitter med felles utstyr på felles kontor i åpne landskap. Dette var arbeidsrelaterte intervju som skulle være mulig å ta i arbeidstiden, på «hjemmebane». Ingen skulle bli møtt med en forventning

om å bruke av fritid og privatliv på dette, men jeg var åpen for hva de selv ønsket i forhold til tidsbruk. De fleste tok det i arbeidstiden, men noen rett før eller rett etter jobb.

Jeg håper at jeg i intervjuene, gjennom at sykepleierne har forberedt seg og snakket om temaet, har bidratt til å inspirere og oppmuntre så de videre har større bevissthet om åndelig og eksistensiell omsorg som en del av det daglige arbeidet.

3.4 Metodekritikk

Som jeg har skrevet om i innledningen er vi aldri nøytrale i møte med andre mennesker, ei heller i intervjusituasjonen. Fra det første intervjuet på et lite kott, med en ung sykepleier uten så mye erfaring eller ord for temaet, der vi begge var ganske spente, til det siste, på et kontor med en erfaren sykepleier, uforberedt, men allikevel bevisst i forhold til temaet. Jeg vet ikke om intervjuene hadde blitt annerledes om jeg hadde hatt det siste først? Da jeg hadde kommet et stykke ut i intervjurekka ble det utfordrende å stille de samme spørsmålene. Det ble gjentakende for meg og entusiasmen dalte. Jeg prøvde allikevel å møte den enkelte sykepleier med åpenhet, vennlighet og vilje til å høre akkurat deres opplevelse av åndelig og eksistensiell omsorg i det daglige arbeidet.

Om jeg hadde åpnet for digitale intervju er det mulig jeg hadde hatt respondenter også fra psykiatrien. Det er flere samtalerom der, hvor man kan trekke seg tilbake for intervju. De digitale mulighetene med tanke på utstyr er jeg mer usikker på, men så ble digitale intervju aldri vurdert som et ønsket alternativ. En annen side ved dette er mine egne varierende erfaringer med digitale løsninger som følge av pandemien vi har vært igjennom, og fremdeles er preget av. Jeg har blandede erfaringer med digitale løsninger i den tiden som har vært. I den grad pandemien har gjort noen utslag i forhold til intervjusituasjonen, slik den ble, måtte det være det manglende håndtrykket og det inntrykket som det gir av et annet menneske. En viss fysisk avstand er uansett naturlig i en slik setting. Jeg var også heldig med tanke på at intervjuene ble planlagt og gjennomført i en ganske fredelig periode av pandemien. Det var da mulig å reise fysisk fra et sykehus til et annet. Det har vært begrensinger på å reise mellom sykehus både før og etter intervjuene ble gjort.

3.5 Validitet og reliabilitet

I boka «Kvalitative metoder i medisinsk forskning» skilles det mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet handler om hva det er sant om: Svarer det jeg har funnet til problemstillingen? Er det relevant det jeg har funnet? Det handler om at den metoden jeg har brukt er egnet for å få svar på det jeg spør om. Ekstern validitet handler om overførbarhet. Kan det jeg har funnet ut overføres til andre sammenhenger? Reliabilitet handler om pålitelighet, kan andre oppnå de samme resultatene ved å gjenta undersøkelsen? Spørsmålet om gyldighet handler også om sammenheng. Det jeg ønsker å undersøke må henge sammen med valg av metode, teorier og data som fører frem til kunnskap. Det handler også om sammenhengen mellom kvalitativ metode og relativ sannhet. Virkeligheten er mangfoldig og ulike svar fra de ulike sykepleierne er like sanne for hver enkelt av dem. (Malterud, 2003)

Jeg har vært nysgjerrig på i hvor stor grad jeg kan stole på de svarene og det materialet jeg har fått. Er det fare for at sykepleierne gir uttrykk for at de er mer opptatt av åndelig omsorg enn de faktisk er, fordi det er jeg som spør, jeg som selv jobber med åndelig omsorg? Mange sykepleiere er ærekjære, omsorgsfulle og hardtarbeidende. Kan de da være preget av «flink pike-syndrom» slik at de overrapporterer både hvor opptatt de er av åndelig omsorg og hvor mye de faktisk utøver det? De vet at åndelig og eksistensiell omsorg er en del av helhetlig omsorg og selv om de ikke lyver, ønsker de kanskje å gi et bedre inntrykk enn det som er reelt. (Thagaard, 2013, s.115-116) Det kunne man tenke seg om det ikke hadde vært for at noen av sykepleierne svarer at de ikke bruker nok tid på dette. En av dem beskrev åndelige og eksistensielle behov en større del av oss enn mange er klar over. Jeg forsøkt å ivareta validitet underveis i intervjuene ved å gjenta noen av svarene for å være sikker på at jeg oppfattet svarene riktig. Sykehuset har hatt en sykehusdiakon og nå er det ansatt en prest de ennå ikke har fått tid til å bli kjent med. Hva gjør det med svarene? Det er i hvert fall et uttrykk for hvor viktig det er med relasjonsbygging for at diakonen og presten skal bli brukt. Svarene jeg har fått bygger på konkrete erfaringer mellom mennesker i de aktuelle stillingene. På et lite sykehus der en person innehar en stilling, vil svarene også handle om erfaringene med relasjonen til den aktuelle personen. Om jeg hadde gjort undersøkelsen om et år, ville svarene i større grad knytte seg til erfaringene med relasjonen til presten. Det er vanskelig å svare på om en annen forsker ville få de samme svarene. Det beste jeg kan gjøre er å vise hvordan jeg har jobbet så metode og prosess er synlig. Jeg vil gjennom oppgaven vise hvordan jeg tolker

svarene og hvordan de belyses av teori og litteratur (Thagaard, 2013, s.201-206, Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2016, s.231-234)

Et annet moment er spørsmålet i hvor stor grad intervjuer og materiale fra ett sykehus, i en gitt tidsramme, er representativt og allmenngyldig for resten av virkeligheten i sykehus-Norge. Vil det bare gjenspeile lokale forhold eller er det et bilde på hvordan sykepleiere generelt ser på og utfører åndelig omsorg? Uten å konkludere tror jeg det kan handle om begge deler.

3.6 Forskningsetikk

Pasienter i sykehus er en sårbar gruppe i en sårbar situasjon. De verner vi om. Det følger derfor ansvar med å forske i sykehus. NSD og DAC er instanser som hjelper å ivareta forskningsetiske aspekter. Det ville vært krevende for meg å intervju pasientene om åndelig omsorg og ivareta dem på riktig måte. Det fører også med ansvar å intervju sykepleiere. Søknadene til NSD og DAC fordrer at forskningsetiske aspekter blir tenkt igjennom i planleggingen av prosjektet. Det gjelder i forhold til hvordan arbeidet skal gjøres med tanke på lagring og oppbevaring, de riktige personene blir spurt om tillatelse på forhånd og opplysningene som kan identifisere blir slettet så fort arbeidet er ferdig. Jeg har intervjuet sykepleiere på et lite sykehus, der man kan tenke seg at alle kjenner alle. Jeg har ivaretatt anonymitet ved ikke bare utelate navn og alder, men også spesifikk arbeidserfaring og stillingstype i transkriberingen.

Jeg bruker heller ikke sitater fra sykepleierne som man kunne tenke seg var gjenkjennbare. Jeg var forberedt på å anonymisere også eksempler og historier, men disse var anonymisert på forhånd når sykepleierne fortalte.

I min e-postkorrespondanse med sykepleierne var jeg bevisst på å bruke enkelt e-post og ikke felles e-poster. De ble derfor ikke, i korrespondansen, gjort oppmerksom på hvem de andre intervjuobjektene var. Jeg tror nok allikevel at på de avdelingene der det var flere, så var de klar over hverandre.

Andre forskningsetiske aspekter er tydelig repetisjon av informert samtykke i forkant av intervjuene med muligheten til å trekke seg og bruken av egen arbeidsplass og ikke private hjem.

3.7 Tolkning av materialet

Analysen starter i det jeg lytter til sykepleiernes svar på spørsmålene mine i intervjusituasjonen. Den fortsetter i det å gjøre lydopptak om til tekst og videre i gjennomlesing av intervjuene. Jeg hører hvor trykket ligger, når pausene kommer og når utsagnene kommer om det viktigste. Det er vanskelig å snakke om analyse uten å snakke om fortolkning. Det jeg gjør er en fortolkning av det materiale jeg har. Det skriftlige materiale mitt er totalt 56 sider med intervjuer av 9 sykepleiere. De 9 intervjuene varierer i lengde mellom 5 og 8 sider og i antall ord mellom 2700 og 5600 ord. Allerede i transkriberingsprosessen ble noe fyllord luket ut. Allikevel varierer materialet i hvor mye som er meningsbærende, hvor menigstett det er det som sies og altså lengden på intervjuene.

Kvale & Brinkmann skriver om hermeneutisk fortolkning. Det handler om å tolke deler av en tekst i lys av helheten og helheten i lys av delene (2015 s.236-238) Jeg legger også til min egen forståelse av den hermeneutiske sirkel inn i denne sammenhengen. Jeg bærer med meg min forståelse av intervjuene når jeg leser de, svarene påvirker meg så jeg igjen ser på de med en ny forståelse, som for meg igjen gir utvidet mening. Forståelsen av mening utvider seg videre i det at jeg selv har møtt sykepleierne. Det handler ikke bare om mitt møte med den transkriberte teksten, men også om mitt personlige møte med hver enkelt sykepleier.

Det jeg videre gjør ligger mellom meningskonsentrering og meningsfortolkning. Materialet forkortes og forminskes ved at jeg trekker ut det meningsbærende i svarene. (Kvale & Brinkmann, 2015, s.230-234) Jeg har lest igjennom intervjuene flere ganger, med den oppmerksomheten jeg hadde i intervjusituasjonen om når de viktige momentene kommer i svarene. Disse markerte jeg for etterpå å sortere inn under hovedpunktene som følger: Hva legger sykepleierne i åndelig og eksistensiell omsorg? Hvordan ser de behovene og hvordan møter de dem? Hvordan samarbeider de med sykehusdiakonen? Selv om intervjuguiden og intervjuene fulgte en slags mal, en oppskrift med hvilke spørsmål som kom først og sist, oppdaget jeg at noen svar på hva åndelig omsorg er, passet bedre som svar på hvordan de gjør det og motsatt. Jeg har altså først sett på meningsbærende svar for så å gruppere inn under hovedpunkter (også kalt temaer) som også finnes i intervjuguiden. Det jeg her gjør er temasentrert analyse ved å gruppere de meningsbærende svarene innenfor disse temaene. Allikevel kommer det innslag av personsentrert analyse, da jeg i analysen noen steder retter oppmerksomheten mot hvem som sier hva i intervjuene. Slik blir analysen min til en viss grad

en kombinasjon av disse to metodene. (Thagaard, 2013. s. 157-189) I teorikapitlet går jeg nærmere inn på teori med utgangspunkt i svarene som springer ut av analysen.

3.8 Ethiske dilemmaer i tolkningen

Sykepleierne svarer på mine spørsmål inn i en sammenheng. I analysen løsriver jeg svarene fra sin sammenheng og setter de sammen. Jeg risikerer da at jeg legger en annen mening i svarene enn det som var tenkt fra respondenten. Det handler om validitet, etikk og makt; den makten jeg som forsker har til å bestemme hva jeg trekker ut av intervjuene. Det handler om min vurdering av hvor den «egentlige meningen» i materialet ligger. (Thagaard, 2013. s.19, Kvale & Brinkmann, 2015 s.244) Det må knyttes varsomhet og bevissthet til bruk av sitater. Å ta de ut av sin sammenheng bidrar til å verne om anonymitet, men jeg må være bevisst på at de ikke inneholder ord, uttrykk eller spesielle sammenhenger som kan identifisere sykepleieren. Jeg risikerer også at de får en annen betydning enn det respondenten tenkte i intervjusituasjonen. Det kan være verdt reflektere over hvilken betydning det har for min forståelse av materialet at jeg selv er sykepleier med lang erfaring fra sykehus og nå jobber som diakon på tilsvarende sykehus. Det kan både gi økt forståelse og gjøre meg blind. Det kan være en fare for at jeg kun ser det jeg vil se.

4 Teori

4.1 Helhetlig menneskesyn og omsorg i sykepleien og diakonien

Synet på mennesket som et helt menneske og at de ulike sidene av oss påvirker hverandre møter vi både innenfor sykepleiefaget og diakonifaget. Noe av måten å tenke på er lik og noe skiller seg litt fra hverandre. Heidi Schmidt som er både spesialutdannet sykepleier og diakon sier at «å møte en pasient på en helhetlig måte innebærer å betrakte ham som et medmenneske og en samarbeidspartner.» (Schmidt, 2011. s.27) Hun viser også til en bok om etikk for sykepleiere som tar utgangspunkt i at menneskesynet er grunnleggende for all omsorg. (Johannesen et.al. 2007) En måte å forstå helhetlig omsorg der både ånd, sjel og legeme har plass er å dele inn i «å gjøre» og «å være». «Å gjøre» handler om aktiv behandling der pasienten er passiv mottaker av fysisk omsorg. «Å være» handler om aktiv tilstedeværelse, lytte og stille enkle spørsmål til pasienten som mottaker av mental omsorg. (Lie, 2002, s. 16-17) Et helhetlig menneskesyn ser på symptomer i lys av helheten. Pasientens forståelse av egen situasjon er viktig. Kultur, livssyn og livshistorie er også med i forståelsen. (Lie, 2002, s.23 og 27)

4.1.1 Kari Martinsen

En av de mest kjente sykepleieteoretikere i Norge når det kommer til helhetlig omsorg er Kari Martinsen. Martinsen brukes som teoretiker i sykepleierutdanningen. Hun forklarer omsorg for den andre som «omtanke og interesse uten at det blir invaderende» (Martinsen, 2003) Martinsen har skrevet flere bøker. Temaet som går igjen er omsorg. Det handler om utøvelsen og måten man gjør det på. I boka «Omsorg, sykepleie og medisin» trekker hun frem fortellingen om Den barmhjertige samaritan. (Luk 10, 25-37, Bibel 2011) Den er også en av de viktigste eksempelfortellingene innenfor diakoni. Den handler om omsorg for en fremmed og at omsorgsansvaret har en slutt. Det er nestekjærlighet personifisert i en fortelling. Både utøver og mottaker av omsorgen blir her ivaretatt. I boka «Øyet og kallet» viser hun til sykepleier og diakonisse Elisabeth Hagemann som mener at sykepleie har sitt utspring i den kristelige barmhjertighet og handlingen i historien om den barmhjertige samaritan. (Martinsen, 2000) Martinsen trekker historien inn i helsepolitikken i forhold til å

stå opp for de som ikke selv kan tale sin sak. Lignelsen om den barmhjertige samaritan er god fordi den handler om omsorg som praktisk handling. Martinsen er opptatt av at omsorg må læres i praksis. (Martinsen, 2003) Fokus for oppgaven min er hvordan åndelig og eksistensiell omsorg viser seg i praksis.

Martinsen skriver også om en oppmerksomhet i form av konsentrasjon i tid og rom. Det handler om nærvær, å være til stede i det man gjør. Hun skriver om å se med hjertets øye, deltagende oppmerksomt. (Martinsen, 2000, s. 13-27)) Jeg var nylig tilstede på et foredrag om håp ved sykehusprest Ingvild Knudsen Hammernes på en regional diakonsamling. Under temaet å være håpsbærer viste hun til en undersøkelse med det overraskende faktum at tilstedeværelse var viktigere enn tid for at samtalen skal oppleves god. (I. Hammernes, personlig kommunikasjon, 27.januar 2022) Tilstedeværelse i denne sammenhengen forstår jeg som tydelig oppmerksomhet rettet mot den andre. Alt annet blir uvesentlig. En måte å gjøre dette på kan være aktiv lytting der man speiler den man samtaler med ved å gjenta hovedmomenter underveis i samtalen. (Eide & Eide, 2017)

Sykepleiefaget og diakonifaget henger sammen. De første sykepleierutdanningen vokste fram fra diakonissehusene og menighetsdiakonene var ønsket med sykepleierbakgrunn. Martinsen er inne på kall og omsorg som yrkeskompetanse for sykepleiere. I noen yrker har kallstanken vært tydeligere tilstede enn hos andre. Eksempler på dette kan være forkynneryrker som prest og misjonær og omsorgsykker som sykepleier og lege. Kallet er da et oppdrag, og jobben er mer enn bare en jobb. Omsorg for andre henger gjerne sammen med kallstanken, som et oppdrag til meningsfylt arbeid. Kall og omsorg er begreper som også ligger langt framme for mange diakoner. (Martinsen, 2000, 2003) Utviklingen av sykepleiefaget fra kall til profesjon og den betydningen det har fått for omsorgstenkningen er noe jeg finner igjen hos Martinsen også i andre bøker hun har skrevet. Hun skriver at nestekjærlighet og helhetlig omsorg da får dårligere kår. (Martinsen, 2000, s.249-291) Det helhetlige menneskesynet finner jeg også hos Grevbo i sammenheng med sjelesorg. (2018. s.164) De samme aspektene som finnes i sykepleierfaget og i palliasjonsfaget, finner jeg altså også her. Mennesket med sjel, ånd og kropp har kroppslige behov, sosiale behov og sjelelige/ åndelige behov. Behovene er vevd tett sammen og påvirker hverandre.

4.1.2 Joyce Travelbee

En annen kjent sykepleieteoretiker er Joyce Travelbee. Hun bruker andre ord for helhetlig menneskesyn. Det kan synes som om det som ligger bak er det samme. I stedet for å skrive om helhetlige menneskesyn, skriver hun om mellommenneskelige forhold. Hun vil bort fra kategorier som sykepleier, pasient og sykdom og objektivisering i arbeidet. Hun er opptatt av at man som sykepleier: et menneske, møter en pasient: et menneske. Det er snakk om menneskemøter der sykepleieren bruker hele seg og møter pasienten der han er. Travelbee er opptatt av at alle mennesker er unike, med unike bakgrunner og erfaringer. Hun er også opptatt av lidelse, mening og håp. I boka «Mellommenneskelig forhold i sykepleie» (2001) trekker hun inn eksempel fra Jobs bok i Bibelen når hun skal forklare hvordan sykepleieren ikke bør møte den lidende pasienten. Ikke som Jobs venner som trøstet uten egentlig å ha satt seg inn i hans situasjon. (Job, Bibel 2011) Det som gjenspeiles i Travelbees tenkning er ekthet og tilstedeværelse i arbeidet. Slik jeg forstår det handler det om tilstedeværelse som oppmerksomt nærvær og ekthet ved at sykepleieren bruker hele seg i møte med pasienten. I møte med den andre bruker sykepleieren utdanning og erfaring, både den som er ervervet gjennom jobb og fra andre deler av livet. Travelbee bruker mange praktiske eksempler for å vise hva hun mener. Jeg oppfatter denne tenkningen som grunnleggende for helhetlig sykepleie. Travelbees fokus på menneskemøtet minner også om tankegangen om å være medvandrere hentet fra diakonien. Ved å møte hverandre uavhengig av rolle og posisjon som Travelbee snakker om vandrere vi, likeverdige sammen, et lite stykke av livsveien. I boka «Helt - ikke stykkevis og delt: Introduksjon til psykiatrisk sykepleie» leser jeg om menneskemøter forstått på samme måte:

Ethvert møte mellom to mennesker er en enestående hendelse i seg selv. Enestående i den betydning at akkurat dette møtet mellom akkurat disse to menneskene, aldri har skjedd før og aldri kommer til å skje igjen. -Et hvilket som helst møte mellom to mennesker vil alltid bli stående som noe helt spesielt, noe som har sin egen karakter, sitt eget innhold, -Denne enestående hendelse og opplevelse må tas imot og tas vare på som det enestående den er. (Størksen 1980, sitert i Hummelvoll, 1988, s.28)

4.1.3 Andre teoretikere

Florence Nightingale blir også benyttet som teoretiker i sykepleierutdanningen. Hun er kjent som «The Lady With the Lamp» og for utviklingen av sykepleiefaget tilbake på 1800-tallet. Hun sier «God sykepleie består ganske enkelt i å ta hensyn til de små tingene som er felles for alle syke, og til de tingene som er spesielle for hvert enkelt sykt menneske.» (som gjengitt i Schmidt, 2011, s.55) Nightingale skriver om hvordan syke mennesker lider av både sjelelig og kroppslig smerte og at alle pasientens dimensjoner må tas på alvor. Hun minner om hvor viktig det er for sykepleierne å ha fokus på mer enn den kroppslige plagen. Selv om hun ikke bruker ordene helhetlig sykepleie, mener jeg at det er dette det handler om. (Nightingale,1997)

Virginia Henderson følger i Nightingales fotspor som sykepleieteoretiker inn på 1900-tallet. Hun var også sykepleielærer og sier at «Sykepleieren skal være åpen for hva som gir pasienten fysisk og åndelig velvære, og hun vil finne frem til de menneskene han trenger, dersom det er mulig og gjøre det hun kan for å passe på at de ikke blir hindret i å treffe ham» (som gjengitt i Schmidt, 2011 s. 58) Sykepleieren skal hjelpe pasienten med styrke, vilje og kunnskap når han ikke har det selv. Hun skal sette seg inn i pasientens situasjon og håndtere egne følelser så det kan bli en gjensidig forståelse mellom sykepleieren og pasienten. Sykepleien skal være personsentrert og gi plass for tro og livssyn uten å øve press.

Einar Aadland skriver om nyansene mellom allmenn nestekjærighet og diakoni i «Kan institusjoner elske?» (2009) Han konkluderer ikke, men minner om sammenhengen mellom ord og handling og behovet for å reflektere over egen praksis. Kjernen i det diakonale oppdraget er å avhjelpe menneskelig lidelse med Jesus som forbilde. Diakoni gis en vid forståelse. I diakoniplanen for Den Norske Kirke står det i kapittel 2 om nestekjærighet som å bære byrdene for hverandre. Vi har ulike livsvilkår og muligheter. Diakonal omsorg handler om gjensidighet, likeverd og respekt (Diakoniplanen, 2020)

Jeg har her referert til flere teoretikere innen sykepleie og trukket inn diakoni for å vise at de har lignende perspektiv. Jeg forstår det slik at det ligger helhetlig menneskesyn og nestekjærighet til grunn for det de skriver.

4.2 Det kristne menneskesynet, kristen livstolkning

Mye er likt mellom måten helhetlig menneskesyn forstås i sykepleien og måten et kristent menneskesyn forstås på. Jeg velger allikevel å presentere begge måter her, selv om forståelsene glir over i hverandre.

Teolog og professor Jan-Olav Henriksen understreker at det kristne menneskesynet ikke handler om hva mennesket er, men hvem mennesket er. For å kunne forklare det bruker han begreper som menneskets relasjon til Gud som skaper, synden og det vonde og den gjenopprettende nåden. I følge kristent menneskesyn forstås mennesket som skapt av Gud med tildelte ressurser. Noen bruker ordet gaver istedenfor ressurser. Når vi skal definere hvem vi er, gjør vi alltid det i forhold til noen andre. Hvem er jeg i forhold til min mann, mine barn, mine arbeidskolleger? Hos Henriksen er den andre part Gud. Hvem er mennesket i relasjon til Gud? Henriksen mener at en del av forståelsen av å være skapt, er forståelsen av å være født. Han minner om at når vi er født, er vi født med muligheter. Mennesket er ikke ferdig utviklet, men født med muligheter og valg. I dette ligger det også en avhengighet av andre og med det en sårbarhet. Videre handler det om at menneskene er skapt til å ta vare på hverandre.

Professor i internasjonal diakoni Hans Morten Haugen skriver om et kristent menneskesyn utfra en diakonal forståelse. I likhet med Henriksen er han mer opptatt av hvem mennesket er enn hva. Haugen trekker frem begrepet verdighet for en kristen forståelse av mennesket. Mennesket er gitt en verdighet uavhengig av rang og prestasjon. Han bruker også ordene frihet og ansvar for å forklare. Alle er like verdifulle for Gud og er gitt en frihet som medfølger ansvar. (Haugen, 2018 s. 31-34)

Det kristne menneskesynet preger vår kultur sier sykepleier og diakon Heidi Schmidt. Hun har skrevet om åndelig omsorg i sykepleien og kommer i den forbindelse inn på det kristne menneskesynet. Schmidt mener at det helhetlige menneskesynet har sitt opphav i det kristne. Fordi mennesket i et kristent perspektiv er unikt, verdifullt og skapt i Guds bilde og allikevel sårbart og avhengig av andre. I likhet med Haugen bruker hun ordene frihet og ansvar som beskrivende. Hun minner om at menneskesyn og livssyn kan være en mestringsressurs i møte med sykdom og krise. (Schmidt, 2011 s. 21-22)

I følge kristen livstolkning har Gud gitt mennesket livet. Gud forstås som livets Gud, og livet forstås som en gave som er gitt oss. Det får betydning blant annet for forståelsen av aktiv

dødshjelp. Livet leves i en helhet, i en sammenheng og i et samspill. Horisonten er mer enn det livet vi lever her og nå. Det er ufullstendig. Det handler både om det som er og det som kommer. Mennesket lever i avhengighet av Guds gaver, og det betyr en uløselig relasjon mellom Gud og det han har skapt, altså mennesket. Tro og ånd henger sammen. Ånden er livgivende og gjør at mennesket kan ta del i virkeligheten. Det handler om å løfte blikket fra seg selv og sin egen situasjon med håp. Det kan sammenlignes med hvordan et lite barn full av tillit, forventning, tro og glede engasjerer seg i virkeligheten. (Henriksen, 2003)

Spørsmål om hvem jeg er vil være naturlig å stille når sykdom eller skade har endret livet til noe annet enn det du trodde det skulle være. Vår identitet, vår indre konstruksjon påvirkes av det menneskesynet vi selv har og det vi møter i de rundt oss. Henriksen viser til den amerikanske teologen Philip Hefner som sier at vi først blir en person når vi forstår oss selv slik Gud ser oss; hvordan vi er verdifulle for Ham. (Henriksen, 2003, s. 74-76) Henriksen bruker noen grunnleggende begrep for å utdype dette. Han bruker tillit som en grunnleggende, spontan livsytring, forklart av Løgstrup og Eriksson. (s. 77-78) og kjærlighet. Mennesket er født av Guds kjærlighet og er ansvarlig for eget liv. Kjærlighet settes sammen med ansvar og frihet. Mennesket er en del av verden, det forklares ved den tysk-engelske filosofen Karl Poppers bilder om tre verdener. (Henriksen, 2003 s. 105-107) Det er tre verdener: den indre, den ytre og den vi deler med andre. Verden er ufullkommen, i stadig endring og består alltid av både noe gammelt og noe nytt. Språk, kultur og verdier er med å forme vår verden. Henriksen trekker også fram filosofen Charles Taylor for å forklare og oppsummere: Det handler om vår forståelse av identitet, hva som er det gode, hvordan vi fremstiller mening i livet vårt og hvordan vi forstår oss selv som en del av samfunnet. (s.130) Det kristne menneskesynet forstår mennesket som skapt i og til Guds bilde. Henriksen bruker mange sider på å forklare det som kan oppsummeres slik: Mennesket skapt til og i Guds bilde er hellig. Her vil jeg trekke tråder tilbake til Kari Martinsen som i to av bøkene sine (Øyet og kallet, 2000 og Bevegelig berørt, 2018) bruker begrepet hellig om livets ukrenkelighet. Hun bruker begrepene verdighet og respekt for å forklare. Det handler om at livets sårbarhet ikke skal krenkes. Hun skriver om livet som en ufortjent og gratis gave og om grensene, urørlighetssonen, som det ikke skal gripes inn i.

Alle har erfaringer av godt og vondt i livet. Hvis Gud er kilden til alt godt, hvor kommer så det vonde fra? Henriksen går ikke inn på ondskapens problem, men fortsetter å forklare det vonde innenfor rammen av synd og noe som skiller oss fra Gud. Synd er både noe vi har i oss,

noe medfødt, noe vi gjør og en konsekvens av valg vi tar. På vei over til å forklare nåden er han innom anger og tilgivelse som gjenopprettende handlinger der nåden og håpet får plass. Nåden er broa mellom mennesket og Gud, der kløfta er det vonde som synden har gjort. Han bruker fortellingen om Bartimeus for å forklare (Mark 10, 46-52, Bibel 2011) Jesus spør Bartimeus, den blinde mannen, hva han kan gjøre for ham. Det er et spørsmål vi kunne tenkt var overflødig. Han vil selvfølgelig se! Henriksen minner oss på at den som trenger noe selv må sette ord på og anerkjenne sine behov. SÅ kan hjelpen komme. I ropet etter Gud, i det å bli født på ny, i det å ta imot nåden, ligger en fornyet relasjon. Nåden er gjenopprettende. Mennesket får bekreftet sin verdi. Gud lar oss ikke være alene. (Henriksen, 2003)

Kristen tro handler om livets mål og hensikt. Vonde erfaringer kan bli brukt til å skape innsikt. Som kristen handler livet om å være underveis, livet er ufullstendig og bærer med seg en lengsel etter noe større, noe bedre. En kristen livstolkning må være knyttet til hverdagslige erfaringer. Det må ikke bli teoretisk. Det handler om å høre til en større sammenheng som gir mening til livet, så man opplever å høre til noe større enn seg selv. Ved Jesu død på korset forstås mennesket som rettferdiggjort og et nytt menneske. Troen er en respons, et svar på det Jesus har gjort og et uttrykk for en tillit. Å være kristen er å være borger av to verdener, den jordiske og den himmelske. Det kan styrke identitet og tilhørighet. Du er gitt et redskap; bønn. Bønn kan gi erfaring av at Gud kjenner oss fullt ut og det kan være et sted å legge fra seg det vanskelige. (Henriksen, 2003)

Den uforbeholdne kjærligheten Gud har til hvert enkelt menneske er forbilde for hvordan man møter sitt medmenneske. Det kristne menneskesynet viser seg slik i praksis. For å oppsummere så forstår mennesket seg selv som skapt av Gud, frelst og gitt en ny sjanse til å leve i fellesskap med både Gud og andre mennesker. (Henriksen, 2003. s.355)

4.3 Den sjelesørgeriske samtalen

4.3.1 Kommunikasjon

Felles for det sykepleierne og sykehusdiakonen gjør i utøvelsen av åndelig og eksistensiell omsorg er profesjonell kommunikasjon. Hilde og Tom Eide har skrevet «Kommunikasjon i relasjoner» (2017). De skriver om profesjonell bruk av kommunikasjon i det som er en lærebok for helse- og sosialfaglige utdanninger. Perspektivene og de mange praktiske

eksemplene er nyttig for studenter uten så mye egen erfaring. Den er nyttig også for erfarne sykepleiere og brukes i diakoniutdanningen. Grunnen til at jeg trekker fram kommunikasjon som et teoretisk aspekt er betydningen det har i møte med pasienter, pårørende og brukere i en sårbar situasjon. Forfatterne bruker mange av de samme poengene som jeg har trukket fram fra helhetlig menneskesyn, kristent menneskesyn, sjelesorg og forståelsen av åndelig og eksistensiell omsorg. Her trekkes fram tillit, mestring, etikk og verdier i bruk av kommunikasjon. Her brukes kommunikasjon både med og uten ord. Det vises eksempler på hvordan god kommunikasjon krever aktiv lytting og anerkjennelse av den andre. Normale reaksjoner på sorg og krise trekkes også frem. Mange av de vi møter i sykehus står i slike situasjoner i livet sitt. Eksemplene som benyttes og forklaringsmodellene går på kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter/brukere, men er allmenngyldig for all god kommunikasjon, også den som foregår mellom helsepersonell.

4.3.2 Forståelse av sjelesorg

Mange av samtalene som diakoner har med pasientene er sjelesorg, eller tett opp til det. Det samme gjelder for noen av samtalene som sykepleierne har. For å gå litt nærmere inn på hva sjelesorg er, har jeg sett på hvordan pensjonert prest og professor i sjelesorg Tor Johan Grevbo forklarer det. Han sier at sjelesorgen rommer alt som i vid forstand hører menneskelivet til og at arbeidsformene kan være mange. Sjelesorgen har både et kirkelig, et kulturelt og et sosialt oppdrag. (Grevbo, 2018 s. 14-15) Grevbo er bevisst kritikken som en slik bred forståelse av sjelesorg møter. Noen vil si at om alt blir sjelesorg, er ingenting sjelesorg. (Grevbo, 2018 s.17) Om jeg velger en annen forfatter, forklarer Øyvind Eide sjelesorg som forståelse og fordypning. (Eide, 2014) Det handler om å undre seg sammen med konfidenten og sammen utforske det vanskelige. Eide skriver om sjelesørgerens rolle i forhold til å stille gode spørsmål og «åpne for skapende ettertanke i evangeliets lys» (Eide, 2014 s.118) Sykehusprest Bent Falk (2016) beskriver det slik: Det handler om å være til stede sammen med den andre som den du er. Samtalene må være hjelp til selvhjelp. Hovedtemaet er motet til å være sammen med den andre i lidelsen: Å tåle det vonde uten å skulle trøste eller forklare. Det kan handle om å utforske tro som en kilde til livsmot slik også sykehusprest Anna Dalaker forklarer det (2012) At man sammen med konfidenten kan utforske ulike gudsbilder, som hjelp i lidelse. Hun er også innom skyld og skam, muligheter og håp. Det er store ord, som hver for seg fortjener en masteroppgave. Professor i sjelesorg Emmanuel Y. Lartey sammenfatter forståelse av sjelesorg slik: Sjelesorg handler om det dypt menneskelig

og anerkjenner at det er mer i livet enn det vi kan se med øynene våre. (min oversettelse, Lartey, 2003, s.26) Det finnes ulike måter å forstå sjelesorg på. Det har også vært en utvikling i forståelsen opp gjennom historien. Den måten å forstå sjelesorg på som jeg er inne på her er konfidentsentrert og tar utgangspunkt i sitatet fra Søren Kirkegaard:

At man, naar det i Sandhet skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt sted, først og fremst maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er hemmeligheten i al Hjælpekunst. (Kirkegaard sitert i Okkenhaug, 2002, s.37)

4.3.3 Sjelesorgens grunnlag

Den sjelesørgeriske samtalen tar utgangspunkt i den som søker samtale og der han er. Utgangspunktet for å søke mening og å søke Gud er der konfidenten er. (Okkenhaug, 2002) Kristen sjelesorg kan tilby noe som ikke finnes i andre hjelp til selvhjelp tradisjoner. Bønn, menighet, Bibelen, tilgivelse og velsignelse er unike verktøy (Grevbo, 2018, s.19, Okkenhaug 2002)

For å forklare sjelesorgens grunnlag bruker Grevbo et bilde med 7 søyler. Det oppfatter jeg som en så god sammenfatning at jeg gjengir den her:

- 1) Åpenhet for bredden av temaer
- 2) Fleksibel holdning til komplekse utfordringer (sjelesorg som kunst)
- 3) Tillit til Guds gjerning før, under og etter vår medvirkning
- 4) Reflektert faglighet (kombinasjon av tradisjon og fornyelse)
- 5) Kjærlighet til og innlevelse i medmennesker.
- 6) Lærevillighet i møte med alt som er godt og sant (Fil. 8.4)
- 7) Ydmykhet med tanke på alt vi ikke kan og vet (docta ignorata) . (Grevbo, 2018, s.34)

Diakonien trekkes inn i sjelesorgen. En vid forståelse av diakoni og en vid forståelse av sjelesorg henger sammen. Begge handler om evangeliet i handling og uttrykkes gjennom nestekjærlighet. (Grevbo, 2018 s. 38-39). Lidelse er ofte et tema i sjelesørgeriske samtaler. Troen gir ikke alltid gode svar og beskytter ikke mot det onde. Både for konfidenten og sjelesørgeren kan det være vanskelig å forholde seg til lidelse. Noen ganger må vi leve med at vi ikke får svar på våre hvorfor. Vi må leve med at Gud lider sammen med oss uten at vi

forstår lidelsen. Sjelesorg kan handle om å gi rom for sorg, men også å gi plass for håp og livsglede. Glimt av lys finnes også der det er mørkt. (Okkenhaug, 2002) I møtet mellom sykepleier og pasient ligger det et skjevt maktforhold, slik det også er mellom sjelesørger og konfident. Det kan fort føre til tillært hjelpeløshet. (Grevbo 2018, s.43) Sjelesørgeren må være bevisst sin rolle og hvordan den oppfattes. Både kunnskap, erfaring, selvinnsikt og selv gå til veiledning er viktig. Det betyr ikke at sjelesørgeren må være perfekt og usårbar. (Okkenhaug, 2002) Henry Nouwen skriver om sjelesørgeren som en såret hjelper. En som selv er et menneske med sår og begrensinger, som kan dele konfidentens sårbarhet, men uten selv å ta for stor plass. (Nouwen, 2004)

4.3.4 Sjelesorgens sammenheng med salutogenese

Sjelesorgen kan knyttes mot salutogenese, et begrep som kan oversettes med helsefremming. Det er interessant med tanke på at oppgaven min tar utgangspunkt i helsevesenet. Innenfor pasient- og pårørende opplæring er salutogenese et kjent begrep. Fokuset ligger på helse og helsefremming i stedet for sykdom og symptomer. Opphavsmannen bak salutogenese er Aaron Antonovsky som var opptatt av opplevelsen av sammenheng (OAS) i pasientens liv. Han var opptatt av opplevd virkelighet i form av begripelighet, håndterbarhet, og mening og hvordan dette påvirker mestring, helse og velvære. Det handler om opplevelsen av at det er verdt å engasjere seg i forholdet mellom stimuli og ressurser (Antonovsky 1987). Redskap for å oppnå OAS kan være en god samtale for å sortere tanker og følelser. Han alminneliggjorde stress og helseutfordringer ved å bruke et bilde på livet som ei elv, som vi alle svømmer i, på best mulig måte. (Langeland & Nyheim Holvik, 2020, s.92-97) Helhetstenkningen som er i helhetlig omsorg, finner jeg også hos Antonovsky. I stedet for å fokusere på sykdommen eller skaden, fokuserer han på hele mennesket og den livssituasjon den enkelte har. Han alminneliggjør det å bli utsatt for stress og ubehag og fokuserer heller på mestring. Altså hvordan leve videre med det som er vanskelig. (Antonovski,1987) Sjelesorgens vesen er også hva som fremmer helse og mestring. Fokuset er ikke på hva du ikke kan, men på hva du kan.

Forståelsen av sjelesorg og utviklingen av den henger sammen med sekulariseringene av samfunnet og det mange kaller folketro. Denne utviklingen gjør sjelesorgsrommet både større og mindre. I møte med mennesker som selv definerer seg som «ikke spesielt religiøse», vil det være noe i samfunnsutviklingen som åpner opp for samtale og noe som stenger. Det er ikke lett å snakke om det man ikke har ord eller språk for, så her gjelder det å trå varsomt.

Sjelesørgeren balanserer mellom nærhet og distanse. Nær nok til å være sammen med og se sammen med konfidenten på det som er vanskelig og langt nok unna til å få overblikk og til å kunne se med andre øyne. Sjelesørgeren må bli berørt uten å bli overveldet. (Grevbo, 2018, Okkenhaug, 2002, s. 57)

4.4 Åndelig og eksistensiell omsorg i og utenfor sykehus

4.4.1 Mer om begrepene åndelig og eksistensiell

Hans Morten Haugen forklarer åndelighet som «å skape mening og å se seg selv i en større sammenheng» (Haugen, 2018 s. 61) Han minner om profesjonsutøveres tre grunnleggende ferdigheter i forhold til åndelige og eksistensiell omsorg: å oppfatte behovene, å lytte til hvilken mening den andre legger i det og å støtte den andres bearbeiding. Dette er en kortere og mer forenklet definisjon av åndelig omsorg sett i forhold til den jeg valgte å bruke i innledningen. Carson og Rykkje forklarer åndelig omsorg som å bry seg om hele mennesket gjennom medfølelse omsorg. Det handler om å være tilstede for den andre gjennom å lytte etter det viktige i pasientens liv, gjerne ved å legge praktisk til rette. I tillegg handler det om å ha mot til å være sammen med pasienten i lidelsen. Undersøkelser viser at åndelig omsorg øker opplevelsen av mening og mestring og lindrer lidelse. (Giske & Cone, 2019, s.15)

Haugen er bevisst på å bruke begrepet eksistensiell i sammenheng med åndelig for å utvide forståelsen av temaet. Samtaler om åndelige og eksistensielle temaer handler om mer enn religion. I et diakonalt perspektiv trekker Haugen frem Jesus som motivator og forbilde for åndelig omsorg: «Hva ville Jesus ha gjort?» Hans Stifoss- Hanssen og Kjell Kallenberg setter også det eksistensielle sammen med det åndelige. Det handler om hvordan man forstår mening og verdier i livet, hvordan man lever med smerte og lidelse og hvordan man forholder seg til døden. Utøvelsen av åndelig omsorg varierer fordi menneskene er ulike. Det handler både om utdanning, personlige egenskaper, erfaring og modenhet hos sykepleieren. Det er ulikt hvordan man forstår det åndelige og eksistensielle, både hos sykepleiere og pasienter. (Stifoss-Hanssen & Kallenberg, 1998) Tove Giske og Pamela Cone har også en åpen tilnærming til temaet i sin håndbok om åndelig omsorg for sykepleierstudenter. De viser til det engelske sykepleierforbundet, Royal College of Nursings lommeuide med stikkord som håp og styrke, tillit, mål og mening, tilgivelse, tro og livssyn, verdier, kjærlighet og relasjoner,

moral, kreativitet og det å kunne utrykke seg. Det er stikkord som går igjen i mye litteratur om dette temaet. (Giske & Cone, 2019 s.13)

Modellen som den amerikanske sykehuspresten M.W.Hay har utarbeidet i forhold til åndelige samtaler har noen momenter det kan være verdt å trekke frem. Han deler samtalen inn i fire områder. Åndelig smerte/lidelse, åndelig ressursfattigdom, problemer i trossystemet og behov for åndelig relaterte tjenester. Han kartlegger åndelige problem ved å se på ulike momenter for vurdering: Han utforsker tilgangen på ressurser og ser på tiltak og mål. Under tiltak er også ritualer med som et verktøy, slik som skriftemål og nattverd. Andre tiltak kan være å hjelpe noen å be. Sykepleiere kan ved å bruke innsikt, innlevelse, respekt utøve åndelig omsorg uavhengig av eget livssyn. Sykehuspresten må samarbeide med sykepleierne om åndelig omsorg da prestene er svært få og sykepleierne er mange. (Stifoss-Hanssen & Kallenberg, 1998, s. 93-101) Her kunne det like gjerne stått sykehusdiakonen da rollen er den samme.

Åndelig omsorg betyr gjerne at sykepleierne bruker av seg selv følelsesmessig. Å møte en alvorlig syk pasient i livskrise kan være personlig og man kjenner seg gjerne sårbar. Bevisstheten om faglig veiledning for å ivareta sykepleierne bør være tilstede hos ledelsen. For å utøve god åndelig omsorg trenger sykepleierne også å arbeide med eget livssyn, verdier og egen troshistorie (Giske & Cone, 2019)

Sykepleielærer og diakon Kirsten Thornøe har skrevet en bok om åndelig omsorg (1996) og vektlegger der at pasienten får fortelle livshistoria si. Det skjer noe i det personlige møtet mellom pasient og sykepleier når pasienten får fortelle og sykepleieren lytter. Det handler om hva pasienten legger i «et godt liv». Behovet for å finne mening og verdi i livet, samt å få dekket religiøse behov, blir beskrevet i kapittelet om åndelige dimensjoner i sykepleien i en lærebok om sykepleie for eldre (Smeby & Karoliussen, 1985) Det handler både om å utvikle sykepleiernes holdning til disse behovene, samt hvordan pasientene kan imøtekommes på sine behov. Også her er samarbeidet med prest eller tilsvarende person nevnt.

National Health Education i Skottland har en definisjon på åndelig omsorg som oppsummerer slik:

Åndelig omsorg kjenner igjen og reagerer på behovet til menneskets ånd når det møter traume, dårlig helse eller er trist. Åndelig omsorg kan inkludere behov for mening, for

egenverd, for å utrykke seg, for trossstøtte, kanskje for ritual, bønn eller sakrament eller bare en følsom lytter. Åndelig omsorg begynner med oppmuntrende menneskelig kontakt i en medfølende relasjon og beveger seg i den retningen som behovet bestemmer (gjengitt i Giske & Cone, 2019, 17-18)

Jeg forstår den skotske definisjonen slik at sykepleieren følger pasienten på livsreisa som en medvandrer, et begrep i diakonien jeg også har nevnt tidligere. Mange forbinder åndelig omsorg på sykehus med pasienter i siste fase av livet og i en palliativ (lindrende) situasjon. Palliasjonsfaget preges av tverrfaglighet der ulike fagpersoner samarbeider i team. De har ulike måter å utøve omsorg på i samarbeid for at pasienten skal ha det best mulig den tiden som er igjen. Vurdering, råd og hjelp ved sosiale og åndelige/eksistensielle problem blir i Nordisk lærebok i Palliasjon nevnt blant sentrale oppgaver i det palliative teamet. (Kaasa & Lund, 2016, s.142) Her har presten eller diakonen mulighet for en tydeligere rolle, selv om åndelig omsorg ytes av alle i teamet og pasienten selv velger sin samtalepartner. (Stifoss-Hanssen & Kallenberg, 1998) Jeg oppfatter det slik at helhetlige tenkning, der det åndelige og eksistensielle har sin naturlige plass, ligger langt fremme i palliasjonsfaget. Jeg viser derfor til palliasjon her, uten at det har noen stor plass i denne oppgaven. Det kan være mange måter å tilnærme seg det åndelige og eksistensielle på. En måte kan være å bruke andre ord slik Linda Rykke og Anne Austad gjør i boken «Eksistensielle begreper i helse og sosialfaglig praksis» (2020) Her har forfatterne systematisert og forklart det eksistensielle ved å bruke nøkkelbegreper som sårbarhet, verdighet, skam, forsoning, mening, sorg, mot og lengsel. Alle disse er viktige ord som med hver sin tilnærming hjelper leseren å forstå det åndelige og eksistensielle ved å utvide horisonten på hva dette handler om. Forfatterne har en grundig og teoretisk tilnærming til temaet gjennom nøkkelbegreene. Min vinkling i denne oppgaven blir gjennom sykepleiernes praksis med teori som belyser det de sier.

5 Analyse av resultatene: Hva sier sykepleierne?

I analysen av intervjuene var det fire hovedområder som ble identifisert. Disse vokste frem i tråd med intervjuguiden og danner fire hovedområder for funnene mine som jeg også opplever svarer på problemstillingen.

- 1) **Hva legger sykepleierne i åndelig og eksistensiell omsorg?**
- 2) **Hvordan oppdager de åndelige og eksistensielle behov?**
- 3) **Hvordan utføres åndelig og eksistensiell omsorg?**
- 4) **Hvordan kan de samarbeider med diakonen?**

Resultatene blir presentert under disse overskriftene, delvis som sammendrag og delvis i form av sitat.

5.1 Hva legger sykepleierne i åndelig og eksistensiell omsorg?

Jeg har spurt ni sykepleiere på et gjennomsnittlig, norsk, offentlig sykehus om hvordan de ser på åndelig og eksistensiell omsorg i sin arbeidshverdag og hva de legger i det. De jobber på ulike deler av sykehuset, innenfor medisin eller kirurgi, og på ulike tider av døgnet. Et svar som går igjen hos flere er at det er en del av helheten i det de gjør. Det er å se hele mennesket som noe mer enn bare årsaken til innleggelsen.

Det er en del av den helhetlige sykepleien. Det er en del av å se hele mennesket og møte deres behov, i de eksistensielle spørsmålene de skulle ha. Det trenger ikke være knyttet til religion heller. Det kan være meningen med livet (R7)

Jeg tenker på helheten. Pasientens helhet, mer enn på infeksjonen i hofta som pasienten er inne for. Er det andre ting som opptar pasienten? Både det emosjonelle og alt liksom. Alt som pasienten er opptatt av (R6)

Det er viktig å se litt forbi sykdommen til pasienten, å høre om det er andre tanker eller ting som plager pasienten, som han grubler på. Kanskje er det noe vi kan bidra

med? Hvis ikke får vi bare høre på hva de sier da. Jeg synes det er viktig, å se hele mennesket og ikke bare grunnen til at de er her. (R8)

Åndelig og eksistensiell omsorg er å lytte, å ta seg tid til den gode samtalen, så samtalen kan gi rom for «det dype» og «det det egentlig handler om» og «det som betyr noe.» Når jeg ber om utdyping på hva det er får jeg til svar:

Det handler om det menneskelige. At mennesket er et dødelig vesen ... Det handler mye om å ha de gode samtalen Vi har en agenda for hva vi tenker, men er også åpen for pasientens ønsker ... Vi setter ikke i gang med behandling som ikke er etisk eller medisinsk sett riktig ... Også kan spørsmålet komme i ettertid: Ja, hvis jeg ikke får behandling, hva da? Ja, da dør du. Men fram til da skal du leve. Å gå det stykket der. Å være med dem på den runden. Det er det det handler om. (R4)

Det som betyr noe. Jeg tenker det handler om hva som betyr noe. Hva er det som gir mening for meg? Hva er viktig for meg? Og så er det den biten ... Ja jeg tror det er litt adskilt også. Du har en del som går på meg- biten. Hva skjer i meg? Hva er min rolle? Og så er det den biten om: Hva tror jeg på? Noe som er større enn meg Det er noen store spørsmål som kommer opp. (R2)

Vi skal lytte til pasienten og høre hva han sliter med. Og så er det ikke alltid vi kan hjelpe dem med noe konkret. Men pasienten har i alle fall noen å snakke med da. (R8)

Ofte er vi samtalepartnere og sitter og prøver å ta imot det pasienten har lyst til å dele med oss. (R9)

Vi er der, kan ta imot en skuldebøtte, være noen de kan dumpe ting på. At de kan uttrykke og føle at ting kan være dritt da. Vi kan være der å kjenne på det vonde, men også hjelpe å se framover, å se håp. Å se at livet går videre, selv om det er endringer. Ja, det er kanskje det jeg har tenkt. (R1)

Det er å være med i det vonde, i det som pasienten er opptatt av fortalte sykepleierne. For noen kan det handler om religion, å tilrettelegge for nattverd og andre ritualer. Noen av sykepleierne som jobbet med mennesker med kort levetid var opptatt av å anerkjenne døden som en del av livet, men også å oppmuntre til livsappetitt også når levetiden er kort. Jeg fikk inntrykk av at åndelig og eksistensiell omsorg hadde mer plass, større fokus og at

sykepleierne hadde mer språk for det jo sykere pasientene var og når behandlingen var lindrende og ikke kurativ. En av sykepleierne sa: «Det er en større del av mange enn de vil innrømme. Det er noe vi ikke har språk for» (R3)

Flere skilte på det som skjer inni oss og det som skjer utenfor.

Å se hvordan min brikke passer inn i helheten ... Noen er veldig åpne for at det finnes noe større enn oss, mens andre er veldig: Nei, her det som skjer akkurat nå. Men samtidig skjønner de at det er noe stort som de er en liten del av. (R2)

Det handlet både om å være i det vonde og å se framover; å finne håp. Det handlet om relasjoner, det jordnære, og det som er større enn oss. Å ta vare på tro og livssyn og å kunne legge til rette for trosutøvelse, også når sykepleierne selv ikke delte pasientens tro.

5.1.1 Et vanskelig tema å snakke om

Noen av sykepleierne gav ved slutten av intervjuet uttrykk for at dette var et vanskelig tema å snakke om:

Det er vanskelig å få helt grep om hva dette er. Det er noe jeg har tenkt over, men allikevel ikke. Det er så lite konkret og spesifikt. Jeg tenker allikevel på det som menneskelige behov. Det åndelige og eksistensielle er vanskelig å sette fingeren på. De fysiske og psykiske behovene er mer noe vi tenker på hver dag. (R1)

Det å tørre å stå i det. Å ta de vanskelige samtalene. Tørre å være der. Noen av de unge trekker seg tilbake. Men det er veldig individuelt, fra person til person. Det er ikke alle. (R5)

Det blir så nedprioritert her Jeg har til gode å høre noen som virkelig fokuserer på åndelige og eksistensielle behov. (R8)

Det har vært fint å snakke om noe vi ikke snakker så mye med kollegaene om. Å sette ord på det. (R7)

Det at det er vanskelig å sette ord på det kan fort føre til samtaler om åndelige og eksistensielle temaer blir bortprioritert. Til tross for at det er vanskelig å snakke om, gav

sykepleierne allikevel uttrykk for at de synes dette er viktig. Flere av dem uttrykte takknemlighet for muligheten intervjuene gav til å sette ord på dette.

5.2 Hvordan oppdager de åndelige og eksistensielle behov?

På en avdeling gikk en setning igjen: «Vi følger med på sinnsstemningen til pasienten». Jeg skjønnte da at dette er et uttrykk de bruker for å oppdage følelsene til pasientene og hvordan de egentlig har det. Noen sykepleiere var opptatt av at taushet kan være et symptom på at de ikke har det bra og trenger noen å snakke med. Behov ble oppdaget i samtale. Den gode samtalen ble et gjennomgående tema i materialet mitt, det var både definisjonen, måten å oppdage og utførelsen av åndelig og eksistensiell omsorg. Flere mente at å snakke dypere krevde tid.

Om du bruker tid og er der en stund, så kanskje åpner de seg litt mer så du faktisk får tak på alt det de føler og alt det vi ikke ser ... For folk sier ikke dette bare sånn med en gang. Du må få i gang en samtale og prate litt om andre ting først og så kommer du inn på det (R7)

Men å gå inn i den dype samtalen ... For det er mange som trenger lang tid for å komme med ting. Jeg har opplevd at det er først andre uka at de snakker om at dette ikke går så bra. Spesielt pasientene som ligger på isolat tenker jeg. Det er mange som strever når de ligger på smitteisolat. Vi har lite tid til å sette oss ned på de rommene. På isolat. (R5)

Når du blir kjent med dem og de forteller om familien sin og hva de driver med og hva de tenker og spørsmålene sine, så kommer det jo frem. Hvis du har tid til å lytte ut det. (R2)

Det er ofte ikke så mye tid til å virkelig kartlegge slike behov. Det er mye springing og man ser gjerne bare det som er mest fremtredende og aktuelt. Om noen ikke ytrer sine behov så mye, blir de gjerne skjøvet til siden og ikke lagt merke til. (R1)

På et sykehus brukes prosedyrer og sjekklister aktivt spesielt ved innkomst og ved overflytting mellom avdelinger. Her fylles inn behov, ressurser og tiltak, både ved innleggelse og underveis. Et av punktene her heter Livsstil og åndelig/kulturelt. Jeg var da nysgjerrig på

om åndelige og eksistensielle behov ble fanget opp her. Det er jo rom for det i dokumentasjonssystemet som blir brukt. De fleste svarte at det sjelden ble registrert noe om åndelige og eksistensielle behov i journal, selv om mulighetene ligger der. Noen visste heller ikke om muligheten.

Det var slik jeg oppfattet svarene jeg fikk. I intervjuguiden og i intervjuene gikk jeg ikke konkret inn på muligheter i kartleggingsverktøy og dokumentasjonssystem på det aktuelle sykehuset eller spesifikt hvordan de dokumenterte. Spørsmålet ble stilt på generelt grunnlag. De få gangene sykepleierne svarte at om de dokumenterte noe under åndelige behov, gjaldt det konkrete ting som spesiell mat, tildekking av hår og slikt. Det gjaldt altså spesielle praktiske omstendigheter som skulle ivaretas: «Hvis noen er spesielt religiøs» Bare i ett intervju fant jeg aktiv bruk av et eget kartleggingsverktøy som gikk på livets siste dager, når pasientene hadde gått over til lindrende behandling ved kort forventet levetid. Her ble både sykepleiernes egne samtaler og bruk av fagpersoner som prest eller diakon dokumentert. Noen etterlyste bedre kartleggingsverktøy, mens andre mente at det er ved god tid i samtale at slike behov best blir oppdaget: «Pasientene blir allikevel spurt om så mye når det blir innlagt. Det handler ikke om skjema og kartlegging, men om å se og bli sett.» (R5)

5.3 Hvordan utføres åndelig og eksistensiell omsorg?

Igjen er det samtale som er nøkkelordet her, både den som sykepleierne selv har med pasientene og når de tilkaller diakonen. En av sykepleierne mente spørsmålet «Er du redd?» kunne være åpne og flere var innom spørsmålet «Hva er viktig for deg?» Det var interessant fordi det er et spørsmål som har blitt fremmet for å ivareta brukerperspektivet i helsevesenet. Det brukes her av sykepleierne både for å oppdage og ivareta åndelige behov. Sykepleierne snakker om å være der og ta imot det som kommer. Om å bruke hele seg selv, både med utdanning og erfaring, som et helt menneske i møte med det andre mennesket.

At jeg er et menneske med mine verdier og tanker om ting kan møte andre menneske med andre erfaringer. Så de kan vite og få en forståelse for hvorfor de føler som de føler eller har de fryktene de har ... At en som medmenneske med alt sitt, kan møte et annet medmenneske, uavhengig av profesjon og at jeg er fagperson og du er pasient. Men at det er et menneskemøte da. (R3)

Her var vi ved flere anledninger inne på medvandrerperspektivet som et godt uttrykk for hva dette handlet om. Når sykepleierne snakket om verdigrunnlag og menneskesyn som lå bak, var likeverd, respekt og det at alle skulle føle seg sett gjennomgående. En av sykepleierne uttrykte det slik: «Pasientene er hellige for meg» (R9) En annen sa: «Livet er hellig»(R4) Denne sykepleieren var opptatt av å undre seg sammen med pasienten og å utforske tro og livssyn som støtte eller belastning. Her fikk jeg en fortelling som handlet om å støtte pasienten på at den troen hun hadde var god nok:

Jeg brukte spørsmålet: Har du en tro du støtter deg til i sykdommen? Da kom svarene; Jeg har jo kona mi, familien min, barnetroen min. Da kunne jeg få fram en del aspekter som om jeg er bra nok for Gud eller barnetroa har alltid vært en støtte for meg. Den har jeg levd med og den skal jeg ha med meg hele livet. Jeg husker spesielt en dame med en søster som var veldig aktiv i en frimenighet. Så lå hun på det siste og da var jobben min å passe på at søstera ikke kom inn på rommet hennes. Så hun ikke stilte henne til veggs med troa når hun ble svakere. «Men jeg har jo troa etter ho mor, og den er bra nok», sa hun. Så hun hadde en søster hun var redd ikke ville bekrefte troa hennes, fordi hun ikke hadde falt på kne for Gud eller hadde Jesu navn om sine lepper- som var søstera sine ord på det. En slags bekjennelse på at hun var endret og frelst ... Det var jo min rolle da; å bekrefte henne på hennes morstro. At den var god nok. Du skal ikke bli noen annen enn den du er. (R4)

Sykepleieren var også opptatt av livshistoria til pasienten som et uttrykk for åndelig og eksistensiell omsorg:

Livet vårt er jo alt dette som har vært disse årene. Livshistorien: Å hente fram det livet de har levd. Det er ganske spennende å speile livet deres. Du får mange ganger bekreftet den helligheten over livet og runden på det de var med på. Uten at de vet det selv føler jeg at jeg er med på en hellig vandring. (R4)

En annen sykepleier forklarte utførelsen av åndelig omsorg slik:

Å ivareta pasienten med den troa, det håpet og den formeninga de har om hvordan ting er. For eksempel om de blir innlagt med en alvorlig diagnose: Hva skjer med meg, hva skjer med de rundt meg. Det kan være masse ting de har i hodet sitt som de ikke gir

uttrykk for der og da, men som kanskje kommer etter hvert. At de på en måte trenger å få satt ting på plass, å få prate om det. Det er først da slike ting kommer frem. (R5)

Den samme sykepleieren utdypet senere i intervjuet:

Jeg prøver å ha det i bakhodet hele tiden. At om pasienten er klar for å prate, så er jeg åpen for det. Når behovet er der. Ikke vente til i morgen. Det er ikke sikkert behovet er der da. (R5)

Jeg fikk også fortellinger som handlet om å legge til rette for nattverd og at praktisk bistand som barnepass også kan være åndelig omsorg, fordi det gav rom for dype samtaler med nære relasjoner. Musikk, berøring og ivaretagelse av pårørende ble også trukket inn som aspekter i åndelig omsorg, spesielt når språket mangler. «Hun brukte også berøring, å holde pasienten i hånda, å stryke litt.» (R7) En av sykepleierne som jobbet med pasienter med lite språk sa «Vi bruker også pårørende en del: Hva tror du pasienten ønsker her?» (R8) En fortelling jeg fikk om åndelig omsorg ved bruk av musikk var slik:

Jeg var hos en pasient som hadde ganske kort forventet levetid Så stoppet hun litt opp, så på meg og sa: «Slekt skal følge slekters gang.» Så ser jeg bort på sønnen, for vi var jo egentlig ikke i det landskapet der. «Tenker du på salmen Deilig er jorden? Lurer du på om den kan passe i begravelsen din?» «Ja» Deilig er jorden er jo en julesalme, men også en salme som kan brukes i alle sammenhenger, bryllup eller begravelse. Det synes jeg er et fint valg. Da jeg kom på jobb mandag, hadde hun dødd søndag. Da måtte jeg ringe sønnen: «Du husker hva vi snakket om?» «Ja, vi skal ta den.» Så den ble jo brukt da, uten at familien hadde noen kirkelig tilhørighet. Hun lette i toneskatten sin og fant den ene setningen. Så måtte hun bli minnet om at det var Deilig er jorden og ble loset dit; til hele den flotte salmen. Og synes det var fint om familien kunne høre den i begravelsen. Det var en hellig stund. (R4)

Jeg var i intervjuene også innom spørsmålet om sykepleiers eget menneskesyn og livssyn og betydningen det kunne ha for utførelsen av omsorgen. Her var det gjennomgående at de knyttet seg til et kristent eller humanistisk menneskesyn uten at de definerte seg som «spesielt kristen eller religiøs» Gjennomgående i svarene på spørsmålet om menneskesyn var respekt for pasienten og menneskeverd, uavhengig av status i samfunnet. Flere uttrykte at de gjerne brukte mer tid hos rusmisbrukere, eldre og andre som kanskje ikke er så høyt verdsatt i

samfunnet vårt. Andre pasienter med høyere status og flere ressurser fikk allikevel de de trengte.

5.4 Hvordan kan de samarbeide med diakonen?

5.4.1 For pasientene

Jeg lurte også på hva som skiller sykepleierens og sykehusdiakonens rolle i forhold til å utøve åndelig og eksistensiell omsorg. Der fikk jeg litt ulike svar. De fleste mente at det handlet om samtale for begge parter. Noen understreket diakonen som en fagekspert, en spesialist på åndelig omsorg og sykepleieren som en generalist som skal kunne litt om alt.

Vi søker hjelp når det kommer til åndelige og eksistensielle behov, for alt annet som pasienten trenger hjelp til tar så stort rom. Vi føler at den biten har vi veldig god erfaring med blir tatt av diakonen. Så da er vi sikker på at pasienten får den hjelpen han trenger i forhold til det ... Da føler vi at pasienten får den beste hjelpa. Vi er forskjellige som mennesker og er på forskjellige måter opptatt av det eksistensielle. Det er ikke alle som legger sjela si i den biten. (R9)

Flere understreket det at diakonen har tid og et utenfra blikk. En av sykepleierne ordla seg slik om diakonenes rolle som samtalepartner: «Og så har det letna. Pasienten har fått tømt seg, eller fått snakket om andre ting enn sykdom. Å bare ha noen der som sitter og tar seg tid, for det er ikke alltid vi har det.» (R1) En annen forklarte det slik: «Diakonen er ikke bare det vi tenker på som diakon, men en god samtalepartner sier vi. Vi tenker jo oppfølging framover også, for de som ligger her en stund» (R5)

Jeg forundret meg over at ingen snakket om at diakonen ikke journalfører og at det kan åpne opp «samtalerommet», Til tross for at begge parter har taushetsplikt, har sykepleierne en dokumentasjonsplikt diakonen ikke har. Det gir mulighet for et trygt og åpent rom for samtale. Kanskje det er et fokus som i større grad ligger hos diakonene og pasientene enn hos sykepleierne?

En fortelling om bruk av diakonen var spesielt sterk:

Det var en pasient som var syk og dypt deprimert. Hun var også fryktelig stygg med mannen sin. Han fikk skylda for alt og var jo helt nedbrutt. Vi satt på et bittelite (pause) -måtte sitte med knærne mot hverandre på kontoret. Jeg var litt yngre da og følte jeg ikke hadde livserfaring til å takle ekteskapskrangel. Det var langt utenfor mitt felt. Jeg hadde ikke opplevd ekteskapskrangel før i mitt eget liv engang. Så jeg tenkte; Hva gjør jeg nå? Her må det noen med tyngde, livserfaring og mye tålmodighet. Så kom jeg på diakonen; Hun har sikkert opplevd mye forskjellig. Så jeg gikk ut og ringte etter diakonen, som kom med en gang. Jeg tror egentlig pasienten var ganske sterk i troa. Hun brukte smykke med kors, men hadde vært så sint, - på Gud, på mannen, ja på alt. Heldigvis kom diakonen og kunne rydde opp. De hadde mange samtaler etterpå. Jeg tror også hun hadde samtaler med mannen da pasienten døde. Hun var jo sint på meg også, fordi jeg ikke gav henne medisin som gjorde henne frisk. Det var nesten slåsskamp! Jeg tenkte vi måtte ha noen som ikke har noe med behandlinga å gjøre. Noen med erfaring, ro, - og helst litt tro også. (R2)

Flere snakket om behovet for at diakonen var lett tilgjengelig og kunne komme på kort varsel. Samtalebehov kan ofte ikke utsettes. Noen hadde erfaring med å ha tilkalt diakonen, som da ikke var tilgjengelig. Et annet moment som gikk igjen var behovet for å presentere diakonen som en livssynsåpen samtalepartner, som kunne snakke om alt. Flere hadde erfaring for at ordene diakon og prest var til hinder for å møte behovet hos pasienten. Noen ganger var det vanskelig «å selge inn tjenesten». Andre innrømmet at de i større grad kunne tilbudt samtale også i forkant av forventede traumatiske hendelser, som operasjon eller kreftbehandling. Tilbakemeldingene etter samtale var positive, også der pasienten i utgangspunktet hadde vært skeptisk. «Det er som når du har gått anspent over lengre tid og endelig slapper av. Eller du slår av en vifte som viser seg å ha hatt en veldig lyd: Å, nå ble det stille!» (R3) Det ble fortalt om endret humør etter besøk av diakonen og at pasienten fant ro i lidelsen.

5.4.2 For sykepleierne

Ved spørsmål om samarbeid og mulige arbeidsmåter videre, var det et gjennomgående ønske om bruk av diakonen som veileder i refleksjonsgrupper. Dette for å ta vare på sykepleierne når de står i krevende situasjoner. Det gir mulighet for å lette på trykket og utforske ulike tilnæringsmåter i krevende arbeidssituasjoner. Noen ønsket mer undervisning med mulighet for dialog og toveis kommunikasjon. Det var særlig de yngre sykepleierne som snakket om

dette. Flere var inne på at åndelig og eksistensielle tema er vanskelig å snakke om. Økt kunnskap kan hjelpe.

Kanskje noe undervisning? Men også veiledning, men da i mindre grupper. Ikke hele avdelingen sammen, men dele opp i mindre grupper. Det er for å få toveis kommunikasjon. At vi også kan komme med innspill og tanker og meninger rundt dette. I en mindre gruppe tør kanskje folk si litt mer enn i en stor forsamling med et foredrag. (R7)

Ved spørsmål om ønsket tema svarte denne sykepleieren:

Åndelig omsorg til pasienter som er isolert, veldig syke eller fått livet sitt snudd opp ned. For eksempel med amputasjoner. Hvordan skal vi snakke med pasientene og håndtere det? For det er ikke alle som synes det er like lett. (R7)

Denne sykepleieren spurte mer om bakenforliggende kunnskap enn praktiske råd. En annen sykepleier snakket også om toveiskommunikasjon med diakonen i grupper: «Så synes jeg det var fint med de gruppene jeg fortalte om. Det kunne vært bare en case. Det er for å lære, å lufte tankene. Å høre hvordan andre tenker. Kanskje man sammen med diakonen kan se løsningen på ting?» (R5) og «Diakonen kan kanskje gi oss tips på innfallsvinkler for å komme inn på ting, for å åpne samtalen til andre typer samtaler.» (R5)

En tredje sykepleier fortalte om erfaring fra tidligere som hun gjerne ville gjenta:

Vi hadde samtaler med diakonen når det hadde vært noe spesielt. Når det hadde vært utfordrende situasjoner, hadde vi noen runder der hun hadde innspill. Sånn kunne det vært gjort, med litt større bakgrunn enn det vi har. Vi er jo praktiske, utøvende sykepleiere. Hun hjalp oss med å tenke videre, større. (R2)

Diakonen kunne bidra med et språk og ord for det som oppfattes som vanskelig og ordløst. Å bruke diakonen til å snakke om det som er vanskelig kom igjen i en annen vinkling, som debrief etter å ha stått i tøffe situasjoner:

Vi kunne sikkert vært flinkere til å bruke diakonen opp mot oss ansatte også. Vi opplever jo ofte situasjoner som enkelte synes er vanskelige. Kanskje vi skulle hatt et mer fast opplegg på samtaler etter for eksempel dødsfall, dramatikk, hjertestans eller

... Det oppleves voldsomt når du står oppi det. Jeg føler vi kan snakke med kollegaene våre også. Men noen ganger, i sånne situasjoner, kunne diakonen vært tilkalt. (R6)

Jeg har oppsøkt diakonen for å få veiledning i det å stå i ting. Det er en god hjelp (R3)

Å ta med sykepleierne ut av det de står i og sette seg i det lukkede rommet. Å lukke døra og sette seg ned uten at noen har behov, det tror jeg mange sykepleiere skulle hatt nytte av. Å kunne være i det lukkede rommet sammen med kolleger og en god veileder som kan lytte, men samtidig vil i en retning. Det tror jeg kan være en veldig fin rolle for diakonen. (R5)

Jeg må bare si at jeg så absolutt ser det store behovet vi har for diakon eller prest som fagperson, som samtalepartner, som kan lede refleksjoner for oss. Det er så stort behov i det samarbeidsnettverket som vi er her. Jeg vet ikke hva vi skulle gjort uten. (R9)

Den samme sykepleieren utdyper:

Jeg har opplevd at gjennom samtaler reflekterer man på et vis hvordan man jobber og hvordan man tenker og da kommer det fram ting som man ikke nødvendigvis tenker over ellers. (R9)

Felles for det flere av sykepleierne uttrykker her, er behovet for å snakke om det som er tøft i jobben sammen med noen som står litt på siden. De trenger noen som har et litt annet blikk, en litt annen innfallsvinkel enn de har selv. De mener at diakonen kan fylle en slik rolle, med et utenfra-blikk og en annen kompetanse. Flere har konkret erfaring fra veiledning og refleksjonsgrupper. Gjennomgående er ønsket om å fortsette med denne arbeidsmåten videre og behovet for å reflektere over egen praksis. Refleksjonen kunne gjerne vært sammen med andre sykepleiere. Det blir da en dialogbasert samtale der man både bruker hverandre og diakonen.

6 Drøfting

Problemstillingen som ligger til grunn for oppgaven og som jeg her drøfter videre er altså:

Hvordan ser og møter sykepleierne på et lite offentlig sykehus pasientenes åndelige og eksistensielle behov? På hvilke måter kan sykehusdiakonen støtte og utfordre sykepleierne i dette arbeidet?

Jeg vil videre i drøftingen ta utgangspunkt i svarene jeg fikk fra sykepleierne og se hvordan teoriene jeg har lagt frem belyser det de sier. Er det samsvar eller motsetninger?

Drøftingskapittelet er bygd opp på samme måte som analysekapittelet der jeg la frem funnene mine. Jeg går først inn på hva sykepleierne og litteraturen legger i åndelig og eksistensiell omsorg. Jeg ser deretter på hvordan omsorgen utføres for til slutt å se på hvordan sykepleierne samarbeider med sykehusdiakonen. I den siste delen ligger også spørsmålet om hvordan diakonen kan støtte og utfordre sykepleierne.

Sykepleierne og pasientene blir vekselvis kalt hun eller han og omvendt. Det er gjort for at teksten skal være lettere å lese og henviser ikke til det aktuelle kjønn til sykepleier og pasient.

6.1 Hva legger sykepleierne i åndelig og eksistensiell omsorg?

6.1.1 En del av helheten

«Det er jo viktig da, å ta vare på helheten.» (R3)

Jeg forsøkte å ha en åpen tilnærming til temaet åndelig og eksistensiell omsorg i møte med sykepleierne. Jeg ville la dem selv definere hva de legger i begrepene og hva det betyr for dem i praksis. Hva er åndelig og eksistensiell omsorg i hverdagen, på ei vanlig vakt på sykehuset? Når jeg spurte dem hva det er, svarte flere av dem at det er en del av den helhetlige sykepleien. Dette svaret gikk igjen hos flere sykepleiere, både på medisin og kirurgi. Det er en del av helheten i det de gjør, svarer de. Det er en omsorg som handler om mer enn bare årsaken til innleggelsen. Det handler om mer enn skaden eller sykdommen de er innlagt for. Sykepleierne sier at med åndelig og eksistensiell omsorg er de opptatt av å se hele

mennesket. De vil at det pasienten er opptatt av skal få plass, også det emosjonelle. Det kan handle om religion, og det kan handle om meningen med livet.

Hvor kommer dette gjennomgående svaret fra? Har de funnet det ut selv, eller lært det et sted? Sykepleierne som gir lignende svar jobber på ulike avdelinger, og antagelig kjenner de ikke hverandre. Jeg kjenner også igjen svaret, ikke bare fra diakonien, men som et ekko fra min første utdanning, sykepleierutdanningen. Noen sykepleieteoretikere går igjen i utdannelsen som teoretikere for grunnleggende sykepleie. Grunnleggende sykepleie er, som det ligger i ordet, grunnleggende for hele utdannelsen. Senere kommer sykdomslære, medikamentregning og andre viktige tema som alle er nødvendige for at sykepleieren skal kunne utføre sitt yrke, sin profesjon, på en god og trygg måte. Jeg skriver om Kari Martinsen i teorikapitlet. Hennes tenkning er grunnleggende for undervisning av omsorg i sykepleierutdanningen. Hun bruker begrepet helhetlig omsorg. (Martinsen, 2003) Helhetlig sykepleie var begrepet som ble brukt av en av sykepleierne i intervjuene. I teorien viser jeg til hvordan Martinsen bruker fortellingen om den barmhjertige samaritan i Bibelen for å forklare helhetlig omsorg. Den handler om uselvisk omsorg for en fremmed man kanskje helst ville gått forbi og et tidsbegrenset ansvar for å følge opp. Ingen av sykepleierne nevner fortellingen om den barmhjertige samaritan. Det med bruk av bibelfortelling som referanse for å forklare noe, tror jeg nok er fremmed for de fleste av dagens sykepleiere. Å være opptatt av det den andre er opptatt av og det som er viktig for den andre, er felles mellom sykepleiernes forklaringsmåte og Kari Martinsens. Det som ligger bak måten sykepleierne forklarer helhetlig omsorg på er da det samme som jeg finner hos Martinsen. Begge referer til helhetlig omsorg som noe som viser seg i praksis. Helhetlig omsorg er ikke høytflyvende teorier, men praktisk handling.

I det jeg har lest av Kari Martinsen virker det som hun henvender seg mer mot større strukturer og samfunnet enn mot personnivået. Helhetlig sykepleie blir, i større grad enn jeg var forberedt på, knyttet til fremveksten av sykepleiefaget, profesjonalisering, historie og samfunnsutvikling. Jeg oppfatter ikke tenkningen hennes som så praksisnær og personrettet slik sykepleierne beskriver helhetlig sykepleie. Martinsen oppsummerer allikevel omsorgsbegrepet og trekker fram knytningen mellom diakoni og sykepleie gjennom historien. Hun viser til kallstanken, hvordan sykepleierutdanningen vokste frem fra diakonissehusene samt hvordan sykepleierutdanning var ønsket som bakgrunn for de første diakonene. (Martinsen 2000, 2003) Jeg oppfatter Martinsen som viktig for fremveksten av helhetlig

omsorg og personsentrert sykepleie. Det hun beskriver er det samme som jeg oppfatter i sykepleiernes utsagn om helhetlig sykepleie.

Det høres fint ut det sykepleierne sier om at pasienten blir møtt som et helt menneske. De beskriver at alle deler blir tatt vare på: Ånd, sjel og kropp. Åndelig omsorg er i praksis helhetlig omsorg. Motargumentet slik jeg ser det er at dette allikevel er idealet. Sykepleierne vet hvordan de bør møte den enkelte pasient. I praksis er det nok ulikt hvordan de klarer det. Jeg kjenner ingen som gjør alt perfekt hele tiden. De fleste av oss gjør arbeidet vårt så godt vi kan innenfor rammene av tid, oppmerksomhet og kunnskap.

6.1.2 Å se det enkelte mennesket

«For meg er det viktig at alle føler seg sett» (R6)

Åndelig omsorg er å lytte sier sykepleierne. Det er å gi rom for det som betyr noe, og å ta seg tid til den gode samtalen. Det handler om det menneskelige sier en av sykepleierne. Det siste utsagnet kan nesten virke litt motstridende i forhold til åndelig omsorg. Man kan fort tenke at åndelig omsorg handler om det som ikke er menneskelig. Denne understrekingen av det menneskelige minner om slik Joyce Travelbee, en av de andre de andre sykepleieteoretikerne, beskriver helhetlig omsorg (Travelbee, 2001). Hun er opptatt av menneskemøtene. Hun er opptatt av det ekte møtet mellom to medmennesker. Profesjon og båndenkning med hvem som er sykepleier og hvem som er pasient blir uviktig, fordi det er det som skjer mellom disse to menneskene som betyr noe. Det har i oppgaven vært vanskelig for meg å skille mellom oppdagelsen av åndelige og eksistensielle behov og hvordan omsorgen utføres. Ofte er det en og samme sak. Den gode samtalen blir både kartleggingsverktøyet og behandlingen. En av sykepleierne snakket nettopp om slike menneskemøter der profesjon og båndenkning blir utvasket. Bare menneskemøtet står igjen. «... at en som medmenneske med alt sitt, kan møte et annet medmenneske ...» (R3)

Det bringer meg til diakonien og Hans Morten Haugens understreking av verdighet. (Haugen, 2018) Jeg vil her trekke tråder til verdighetsgarantien, lover og rammeverk som bidrar til å understreke pasientens behov for å bli sett som den han er. Rammeverket er med på å løfte fram pasienten som et helt menneske, som noe mer enn et armbrudd eller en lungebetennelse. Det er med på å hindre tingliggjøring og øke menneskefokuset. Det kristne menneskesynet har også et menneskefokus. Slik jeg skriver om i teorikapittelet forstås mennesket som unikt

og verdifullt, skapt i Guds bilde og samtidig sårbart og avhengig av andre. Uavhengig av rolle, som eksempel sykepleier eller pasient, er alle mennesker like verdifulle. Alle er like viktige. Sykepleierne snakker både om å la pasienten få snakke om det vonde og muligheten de har for sammen med pasienten løfte blikket og se etter håp. Det første handler om å være sammen med den andre i lidelsen. Å kunne tåle en skyllbøtte uten å ta det personlig, fordi sykepleieren vet at det ikke handler om henne, men om behovet for å lufte frustrasjon og å sette ord på det vanskelige. Det andre handler om å hjelpe pasienten, i hans tempo og med hans forståelse, å se etter håp. Det er viktig for meg å understreke at det er pasientens håp det her er snakk om, ikke sykepleierens. Slik jeg henviste til Søren Kirkegaard så handler all hjelpekunst om å være der pasienten er. (Okkenhaug, 2002) Denne måten å møte menneskene på finner jeg igjen i forståelsen av sjelesorg: Det å la den andre få snakke, å være sammen i det vonde før man løftet blikket mot håp. (Falk, 2016) Og noen ganger kommer man ikke så langt som til håpet i samtalen, som en av sykepleierne var inne på. Om hun ikke kunne hjelpe, så kunne hun i hvert fall være der og ta imot det vanskelige.

En av sykepleierne brukte et bilde på mennesket som en brikke i et puslespill. Det å se hvordan man passet inn i helheten, at man både så seg selv som en brikke, samtidig som man utvidet horisonten og så seg selv som en del av det store bildet. Sykepleieren sa at noen setter livet sitt inn i rammen av her og nå, mens andre ser seg selv i en større sammenheng. Det som var felles var at de så seg som en del av noe mer. I teorikapittelet skriver jeg om helhetlig menneskesyn, som igjen henter forståelsen fra kristen livstolkning. Denne tolkningen av livet handler om å være underveis, om å se seg selv som en del av noe større. Det å høre til i en større sammenheng er en forståelse som gir mening til livet. Det å oppleve mening, å oppleve sammenheng er jo også det Antonovsky skriver om i sin utlegning om salutogense (Langeland & Nyheim Holvik, 2020) I tillegg er det lett å trekke tråder til bildet av mennesket som borger av tre verdener: Den indre, den ytre og den vi deler med andre. Det er verdener som stadig er i endring og som formes av våre verdier. (Henriksen 2003) Tilbake til forståelsen av helhetlig omsorg handler det her om «være-biten» av omsorgen. (Lie, 2002) Ikke det å gjøre noe instrumentelt, men det å være sammen med pasienten, fullt og helt, når han trenger det.

6.1.3 Et vanskelig tema å snakke om

«Jeg synes det er litt vanskelig å beskrive.» (R7)

Det var fint å møte ærligheten til sykepleierne i at det åndelige og eksistensielle er et vanskelig tema å snakke om. Både hva åndelig og eksistensiell omsorg egentlig er, hvordan de utfører det i arbeidshverdagen og det å snakke om det til meg. Jeg kommer utenfra, sykepleierne kjenner meg ikke og jeg har ikke truffet de før. Jeg kjenner ikke deres bakgrunn og deres arbeidshverdag. Er det et hinder for å åpne seg om et vanskelig tema, eller er det en hjelp? Det at vi er fremmede for hverandre kan invitere til en ærlighet og en åpenhet som gjør at man kan lettere kan sette ord på dette, selv om det er vanskelig. Flere av sykepleierne uttrykte jo at de satte pris på den muligheten intervjuet gav til å sette ord på dette. Det at de hadde fått tilsendt intervjuguiden fra før gav jo også mulighet for ettertanke. Jeg har også vært inne på at jeg håpet forskningsprosjektet som masteroppgaven er kunne føre til bevisstgjøring: At sykepleierne gjennom forberedelse og gjennomføring av intervjuene kunne få en økt bevissthet som igjen kan hjelpe dem med åndelig omsorg i det daglige arbeidet. Jeg har i informasjonsskrivet og i innledningen til intervjuet informert dem om min bakgrunn som sykepleier og sykehusdiakon. Det er informasjon som er tilgjengelig for dem, men som ikke har en stor plass i intervjuet. Om det er informasjon som åpner eller lukker for samtale er jeg usikker på. Det er i hvert fall mulighet for at økt forståelse hos intervjuer kan gi økt trygghet i intervjusituasjon.

Så hvorfor er det vanskelig å snakke om? Noe av grunnen kan være at det er et stort tema som har ulik betydning for den enkelte. Jeg valgte å ikke definere begrepene åndelig og eksistensiell for sykepleierne, verken før eller underveis i intervjuet. Jeg ville at sykepleierne selv skulle fylle begrepene med innhold. Min tanke var at det ville åpne opp. Det kan også medføre at temaet virker så stort og uhåndterlig at det derfor blir vanskelig å snakke om. Det kan gjøre emnet så stort at det kan være vanskelig å få tak på det. Det viste seg at sykepleierne hadde en vid forståelse av temaet. Det har også mange av teoretikerne jeg har funnet. Jeg finner åpenheten i forståelsen av temaet i teorien. Slik sykepleierne beskriver det som å bry seg om hele mennesket ved å lytte etter det viktige er også slik Carson & Rykkje forstår åndelig omsorg (Giske & Cone, 2029 s.15) Beskrivelser som går igjen, både hos sykepleierne og teoretikerne, er også det å bruke seg selv i møte med den andre. De sier begge at åndelig omsorg kan handle om religion og trosutøvelse, men like gjerne om meningen med livet og hva som er viktig i livet slik det er nå. Ingen av sykepleierne trekker fram Jesus som forbilde

når de skal forsøke å forklare hva dette handler om. Det kan forstås slik at vi i sekulariseringens tidsalder er mer opptatt av mangfoldet i religioner og mindre opptatt av rollen kristendommen har hatt i landet vårt som kulturutvikler. Det kan også være at det å snakke om Jesus som forbilde blir uvant når sykepleierne ikke selv definerer seg som kristne.

I teorikapittelet er jeg innom hvordan forfatterne av boka eksistensielle begreper velger andre ord for å forklare temaet. Jeg oppfatter det som en teoretisk deduktiv metode; at man nærmer seg temaet ovenfra, fra teori til praksis. Jeg har jobbet på en annen, mer induktiv metode, ved å nærme meg temaet nedenfra med utgangspunkt i sykepleiernes erfaringer, fra praksis til teori.

Et annet aspekt ved dette kan være at om det ikke er et tydelig åndelig eller eksistensielt behov hos pasienten, så kan sykepleiers åpenhet om dette oppleves som inntreden på et privat område. Det er ulikt hvor åpne pasientene er om sine åndelige og eksistensielle behov. Jeg har vært inne på hvordan pasienter i et sykehus er sårbare og skal vernes om. Allikevel må man spørre for å få svar. For å vite noe om pasientenes åndelige behov må man snakke om det. I en sårbar situasjon ser jeg for meg at det kan være lett å gå i forsvar for pasienten, om dette er et område som er vanskelig for ham å snakke om. Noen pasienter vil kunne oppleve det som manglende respekt å bringe dette temaet på banen. Andre vil lengte etter at noen skal spørre.

6.2 Hvordan utføres åndelig og eksistensiell omsorg?

6.2.1 Den gode samtalen

Den gode samtalen ble som nevnt både redskapet til å oppdage og ivareta pasientens åndelige og eksistensielle behov. Sykepleierne fortalte om hvordan de er opptatt av at pasienten skal føle seg sett. De snakket om å være tilgjengelig for samtale når pasienten trenger det. Det handler om respekt, om å undre seg sammen med pasienten og å være en støtte for han- i det som er viktig for ham. Dette finner jeg igjen i teorien, både i helhetlig omsorg, i kristen livstolkning og i sjelesorg. Sykepleierne fortalte om å støtte pasientens tro og livssyn for at det i større grad kunne være en mestringsressurs. Fortellingen om sykepleieren som så det som sin oppgave å støtte den døende pasienten, på at hennes tro var god nok, er et konkret eksempel på tro som mestringsressurs. Det er et eksempel på sykepleiers rolle som formidler av respekt og verdighet og å være en støtte for en pasient i en sårbar situasjon. Jeg skrev at

noen av sykepleiernes samtaler med pasientene ligner sjelesørgeriske samtaler. Slik jeg skriver i teorien, forstår jeg sjelesorg slik at det som er viktig for pasienten har fokus i samtalen. Sykepleier utforsker og støtter ved å ta utgangspunkt i det pasienten har behov for å snakke om. Det kan handle om å være i det vonde sammen med pasienten og deretter i pasientens tempo, med pasientens blikk, se etter håp. Fortellingen er et konkret eksempel på det. Her får sykepleieren utforske pasientens tro sammen med henne. Han bruker av seg selv for å støtte henne på at troen hennes bærer gjennom den siste delen av livet. Han er en formidler av håp, en håpsbærer.

I min knytning av sjelesorg mot salutogenese vil jeg her si at pasienten, ved sykepleiers støtte, har funnet sin måte å mestre den livssituasjonen hun er i nå. Jeg skriver at salutogenese handler om å svømme i livets elv så godt du kan med det utfordringene og ressursene du har. Det handler også om hvordan du opplever sammenheng i livet ditt. Samtalene med sykepleieren hjelper pasienten til opplevelse av sammenheng(OAS), begripelighet og mening. Ved sykepleiers støtte kan troen som kanskje opplevdes som en utfordring, bli en ressurs for henne nå mot slutten av livet. Helhetstenkningen er tydelig til stede. Den åndelige omsorgen blir viktig for pasientens mestring, helse og velvære. Dette er noe av det grunnleggende i det kristne budskapet; at du er god nok. Du er skapt av Gud, uendelig verdifull som den du er. Jeg finner det forklart i det kristne menneskesynet. (Henriksen, 2003) Jeg legger allikevel merke til at sykepleieren ikke kommer med noe nytt. Han støtter pasienten i den troen hun allerede har, som hun er redd ikke holder, nå når hun blir svakere i siste del av livet.

Det er sterkt å høre denne historien. Det er sterkt å høre hvordan sykepleieren så tydelig utøvde åndelig omsorg. Det er nok allikevel ulikt hvor naturlig det føles for de ulike sykepleierne å gå inn i troslandskapet til pasientene på den måten som denne sykepleieren gjorde her. Jeg siterte tidligere en sykepleier som ærlig sa: «Vi er forskjellige som mennesker og er på forskjellige måter opptatt av det eksistensielle.» (R9) Noen sykepleiere vil naturlig gå inn i slike samtaler, mens andre raskere vil be om hjelp, enten fra en kollega eller sykehusdiakonen. Det er nok også noen som vil unngå temaet. Florence Nightingale beskriver sykepleieren som en advokat for pasienten. Sykepleieren skal gjøre det som er mulig for å sikre pasientens fysiske og åndelige velvære, både ved å bruke seg selv og andre mennesker. (Schmidt, 2011)

Å bruke livshistorien til pasienten som et uttrykk for åndelig omsorg fant jeg både hos sykepleierne og i litteraturen. Det handler om å speile livet til pasienten, alt som har vært. En

av sykepleierne beskrev det som en hellig vandring. I boka «Kan vi trøste hjertene?» (Thornø, 1996) er livshistorien redskap for åndelig omsorg. Det handler om at pasienten selv får fortelle om hva som har vært viktig for ham gjennom livet og hva som skjer mellom pasienten og sykepleieren når hun tar seg tid til å lytte. Pasienten må selv få definere hva et godt liv er.

I teorikapittelet skriver jeg om synd, nåde og forsoning slik det forstås fra et kristent ståsted. Ordene synd og nåde kan virke fremmed for noen. Ord som «det vonde» og «tro, håp og kjærlighet» kan være mer gjenkjennelig og lettere å trekke inn i eget liv. Jeg tror kristen tro kan være et forbilde for livstolkning for flere enn de som selv regner seg som kristne. Tankegangen som ligger bak synd, nåde og forsoning kan være til hjelp for mange i møte med det som er vanskelig i livet.

6.2.2 Åndelig omsorg er mer enn ord

De fleste sykepleierne snakket om den gode samtalen som redskap for å utøve åndelig omsorg. Jeg hadde stilt åpne spørsmål, både om hva åndelig og eksistensiell omsorg er og hvordan det ble utført i det daglige arbeidet. Det var ingen avkrysning for ulike forståelser og ulike måter å utføre omsorg. Det var opp til sykepleierne selv å definere hvordan åndelig omsorg ble utført. Den gode samtalen ble fort et tema, men åndelig omsorg handlet også om mer enn det. Sykepleierne kom selv med andre eksempler. Flere nevnte tilstedeværelse, i form av respekt, verdighet og å bli sett.. I teorien er jeg inne på hvordan tilstedeværelse kunne ha større betydning enn tid i samtale. Der knyttes allikevel respekt, verdighet og å bli sett sammen med det å snakke sammen med ord. Åndelig omsorg ble av sykepleierne også forklart uten bruk av ord.

Berøring ble trukket frem av en sykepleier: Det å holde i hånda når ord ikke strekker til eller når ord ikke blir forstått på grunn av sykdom. Det å være stille sammen. Musikk ble også nevnt, i tillegg til bruk av pårørende. En sykepleier fortalte om bruk av pårørende når språket ble borte, for å forstå hva pasienten ønsket og trengte. Jeg fikk høre om bruken av salmen «Deilig er jorden» som betydning for tilhørighet og opplevelse av sammenheng for en pasient i siste fase av livet. Dette til tross for at pasienten ikke hadde en spesielt kristen tilhørighet. Jeg skrev om Kuven og Bjorvatns forståelse av åndelig omsorg i sykehus. (2015) De er opptatt av sykepleiers oppmerksomhet utover ordene. Blikk, berøring, musikk og det som

ligger på nattbordet kan være redskaper til hjelp på dette området. Det kom også eksempler på bruk av nattverd, noe jeg kommer tilbake til under temaet samarbeid med diakonen.

6.2.3 Åndelig omsorg krever tid

Flere av sykepleierne nevnte tid som en vesentlig faktor, både for å oppdage og avhjelpe åndelige og eksistensielle behov. Samtaler om «det dype» og «det det egentlig handler om» kommer ikke av seg selv. De fortalte at pasientene ofte trenger å snakke om andre ting først før det viktige kommer. Det kan handle om opparbeidelse av tillit i samtalen. Tåler sykepleieren å høre det som kommer? Pasientene er vant til at sykepleierne har det travelt. Det kan være vanskelig å åpne døra til noe som er krevende å snakke om, hvis sykepleieren plutselig må gå midt i fortellingen. «Jeg må ha tid til tilbake. Det må være tosidig, så ikke pasienten føler jeg er på vei til noe annet, at jeg har det for travelt.» (R5) Jeg oppfatter det slik at tid her henger sammen med tilstedeværelse. Det at sykepleieren bruker tid viser tilstedeværelse i situasjonen. Det kan virke som en motsetning til utsagnet fra sykehusprest Ingvild Hammernes om at tilstedeværelse er viktigere enn tid i samtale. Jeg tror svaret er begge deler. Både tid og tilstedeværelse er vesentlig for å gi rom til god helhetlig omsorg, der også åndelig omsorg har sin plass. I teorikapittelet viser jeg til hvordan åndelig omsorg henger sammen med å bruke seg selv følelsesmessig, om «være-biten» av helhetlig omsorg og hvordan Kari Martinsen beskriver omsorg som «omtanke og interesse uten at det blir invaderende» (Martinsen, 2003). Alt dette krever bruk av tid, en ressurs det er knapphet på i en travel sykehusverden. Noen tar seg den tiden, andre tilkaller sykehusdiakonen. Uten at det ene trenger å være en riktig måte og en gal måte å møte pasientenes behov. Jeg har vært inne på at sykepleierne er forskjellige og at pasientene er forskjellige, derfor varierer åndelig omsorg i utførelse. En av sykepleierne minnet om at det derfor var viktig å spille på hverandre. Ulike mennesker med ulike erfaringer kan til sammen bli en enhet.

6.3 På hvilke måter kan diakonen støtte sykepleierne?

6.3.1 Som hjelp til pasientene

«Når diakonen kommer er det noen som kan sitte ned og virkelig se dem.» (R2)

I materialet mitt der sykepleierne forteller om egen utførelse av åndelig omsorg og bruk av diakonen, uttrykte flere takknemlighet for å kunne benytte seg av det de oppfattet som en spesialist i åndelig og eksistensiell omsorg. Giske og Cone skriver også om forskjellen mellom sykepleier og prest/diakon på utførelsen av åndelig omsorg. Også her blir diakonen forstått som en spesialist, mens sykepleieren er en generalist som skal kunne litt om alt. De minner om sykepleiers ansvar i forhold til når hun bruker egen kompetanse og når hun tilkaller andre. (Giske & Cone, 2019) Når sykepleierne selv ikke strakk til, enten på grunn av tid, kompetanse eller muligheter i utførelse hadde de mulighet til å tilkalle sykehusdiakonen. I uttalelsene lå en trygghet om at pasienten da fikk god hjelp. Diakonen ble beskrevet som en god samtalepartner med tid, kompetanse og et utenfra-blikk.

Hva har sykehusdiakonen da som ikke sykepleieren har? Et av svarene er tid.

Sykehusdiakonen har tid til samtale og tid til å sette seg ned. Sykehusdiakonen har mulighet til å slå av telefonen akkurat da. Et annet svar på spørsmålet er kompetanse. Diakonen har en dypere og bredere kompetanse innenfor åndelige og eksistensielle behov. Det handler blant annet om kompetanse på samtale og sjelesorg. Når pasienten har et kristent livssyn kan det handle om kompetanse til å bistå med trosutøvelse i form av bønn, salving/oljing, nattverd eller skriftemål. Bruk av ritualer som verktøy for åndelig omsorg finner jeg igjen hos sykehusprest M.W. Hay og i den skotske definisjonen av åndelig omsorg. (Giske & Cone 2019) Noen av sykepleieren nevner at diakonen kan bistå med nattverd. Skriftemål, salving/oljing og bønn blir ikke nevnt av de sykepleierne som jeg intervjuet. Det kan være flere årsaker til det. En kan være at dette er fremmed for dem. En annen kan være at dette er diakonens domene, og at sykepleierne i sin forståelse samler ritualene under nattverd. Det kan virke merkelig at jeg her trekker frem noe som sykepleierne ikke snakket om. Et av spørsmålene mine er hvordan diakonen kan støtte og utfordre sykepleierne i arbeidet med åndelig omsorg. Et av svarene kan være at diakonen i større grad må være på tilbudssida med å informere om sin kompetanse. Det handler både om kompetanse på kristen tro, utøvelsen av denne og kompetanse på å være en medvandrer i en livssynsåpen tjeneste. Å gå i dialog med

sykepleierne om hva diakonen kan bidra med kan også føre til at det er lettere for sykepleierne å tilby samtale uten at ordet diakon står i veien.

I spørsmålet om sykehusdiakonens rolle ble tilgjengelighet nevnt som en viktig faktor hos flere. Jeg fikk en historie om hvordan sykehusdiakonen kom på kort varsel til en ekteskapskrangel der sykepleier kjente på at hun ikke strakk til. Diakonen brukte her av sin kompetanse og erfaring. Hun bidro til at pasient og ektefelle hadde det bedre etterpå, både i relasjon til hverandre og til Gud. Jeg vet ikke hva som ble sagt i den samtalen, Kanskje diakonen fikk formidlet kristen livstolkning i inn i pasientens vanskelige livssituasjon? Kanskje de sammen snakket om hvordan man lever med det som er vondt, om hvordan det i nåden ligger en fornyet relasjon og bekreftelse av menneskets verdi uavhengig av omstendighetene? Kanskje de ba sammen?

En annen sykepleier fortalte om frustrasjon når de ikke fikk tak i diakonen ved akutt behov. Flere var inne på at samtalebehov ofte ikke kan utsettes. Åndelige og eksistensielle behov kan være akutte i en sårbar situasjon på sykehuset. Jeg går i denne oppgaven ikke dypere inn på organisering av sykehusdiakonens arbeid, men i ønsket fra sykepleierne om å få tak i diakonen når de trengte det, ligger det noe som handler om nettopp det. Om diakonen skal kunne støtte sykepleierne i deres arbeid ved å komme på tilkalling, må diakonen være tilgjengelig og ha mulighet til å komme på kort varsel. Da må arbeidet organiseres slik at det er mulig.

6.3.2 Som hjelp til sykepleierne

«Vi må ha noe å stå for, noe å gå ut fra» (R4)

Hvem skal hjelpe hjelperne? Ved spørsmål om hva sykepleierne ønsket av sykehusdiakonen i forhold til egen ivaretagelse, kom ønskene om veiledning, refleksjon og undervisning. Noen hadde erfaring fra refleksjon i mindre grupper med diakonen. Her var det mulighet for å snakke om krevende hendelser i arbeidshverdagen. Diakonen kunne komme med sitt utenfra-blikk og et annet perspektiv på hendelsene. Andre hadde ikke selv erfaring, men så for seg at arbeidsformen med å snakke sammen i mindre grupper sammen med diakonen ville fungere godt.

Noen nevnte bruk av grupper til å jobbe med case i en dialogbasert arbeidsform. Også her ble diakonen nevnt som en bidragsyter til andre innfallsvinkler enn de sykepleierne selv hadde: «For å åpne opp samtalen til andre typer samtaler» (R5) Andre hadde erfaring med å bruke diakonen ved debrief i gruppe etter spesielle hendelser i avdelingen. Diakonen ble da nevnt som en ressursperson som hadde en annen bakgrunn og som kunne hjelpe sykepleierne å tenke videre og større.

Noen av de yngre sykepleierne kom med ønske om undervisning i en dialogbasert form i mindre grupper. Da kunne det de lærte lettere internaliseres i egen arbeidshverdag. Jeg ser for meg at denne undervisningsformen er noe de yngre sykepleiere har mer erfaring med enn de eldre

Jeg har skrevet om ivaretagelse av de som utfører åndelig i teorikapittelet. Å ta vare på hjelperne er viktig innen sjelesorg, kristen livstolkning og i forståelsen av åndelig og eksistensiell omsorg. Teoriene bekrefter behovet sykepleierne setter ord på. Fordi dette er en del av jobben der sykepleierne bruker seg selv følelsesmessig, er det behov for å selv kunne ha veiledning og refleksjon. (Giske & Cone 2019) Det er behov for at lederne legger til rette for det og det er behov for fagpersoner til å utføre dette. I beskrivelsen av hvordan det legges til rette for åndelig omsorg i sykehus er veiledning og refleksjon nevnt som oppgaver for presten eller diakonen.

Flere av sykepleierne sier at det skjer noe når de setter ord på det de har vært i gjennom i etterkant. Når man reflekterer over en hendelse etter at man har stått i den, får man et annet blick. Det skjer noe når man setter ord på opplevelser til andre og de lytter med forståelse og respekt. En av sykepleierne brukte ordene «å sette seg i det lukkede rom» som et bilde på at man går ut av situasjonen og ser den på avstand. Også her, i kommunikasjonen mellom sykepleierne og i møte med diakonen, handler det om tillit, respekt, å bli sett og å bli møtt. (Eide & Eide, 2017) Dette som jeg finner i helhetlig sykepleie, kristent menneskesyn, sjelesorg og profesjonell kommunikasjon, tas også i bruk her for å få godt utbytte av refleksjon og veiledning. Refleksjon og veiledning handler om bearbeidelse av det de har stått i, men også om læring, for i større grad være rustet for å stå i nye tøffe situasjoner. Refleksjon og veiledning handler om balansen mellom nærhet og distanse: Nær nok for tilstedeværelse og langt nok unna til å få overblikk over situasjonen og se hva dette egentlig handler om.

Jeg har tidligere sett på balansen mellom nærhet og distanse i annen sammenheng i studiet ved bruk av Pål Repstads bok ved samme navn. (2007) Jeg brukte da begrepet i forbindelse med kvalitativ metode. På samme måten som man befinner seg mellom nærhet og distanse i refleksjon og veiledning måtte jeg finne balansen mellom nærhet og distanse i møte med intervjuobjektene mine.

I en kronikk i den kristne avisa Dagen kritiserer sykepleier Margrethe H. Kleiven tausheten rundt åndelig omsorg som hun mener helsevesenet bærer preg av. Hun mener sykepleierne mangler både kompetanse og språk for å møte pasientene på åndelig omsorg og viser både til yrkesetiske retningslinjer og menneskerettigheter for å fremme sitt budskap. Hun konkluderer med viktigheten av at sykepleieren kjenner sitt eget ståsted, har kompetanse på verdier og livssyn og øver seg i å bruke dette. For å få til dette må det være åpenhet om temaet. (Kleiven, 2019)

6.4 ... og hvordan kan diakonen utfordre sykepleierne på åndelig omsorg?

Det er et stort spørsmål som jeg her svarer på med bakgrunn i sykepleiernes svar fra intervjuene mine. Spørsmålet kan ha andre og flere svar om jeg ser det fra diakonens synsvinkel eller med utgangspunkt fra akademia. Denne oppgaven tar utgangspunkt i praksis, i sykepleiernes arbeidshverdag og deres fortellinger.

Sykepleierne ønsker seg veiledning, refleksjonsgrupper og undervisning. Her har diakonen mulighet til både å støtte og utfordre sykepleierne på åndelig og eksistensiell omsorg. Dette kan være arenaer for diakonen til å hjelpe sykepleierne med sette ord på dette vanskelige temaet. Det er en anledning for sykepleierne å bli bedre kjent med seg selv og egen tros- og livshistorie for bedre å kunne møte pasientene på det samme. Hva er å utfordre? Det kan være å utruste sykepleierne så de står stødigere på dette feltet. Flere har sagt at de synes det er et felt det er vanskelig å snakke om. Det er utfordrende å gå dypere inn i på et område der man føler seg usikker. Å jobbe med å sette ord på og få mer kunnskap om åndelig og eksistensiell omsorg vil bidra til økt trygghet. Da vil det være lettere for sykepleierne å snakke om dette seg imellom. De vil kunne støtte og utfordre hverandre. Noen innrømmet at de i større grad kunne tilbudt diakonen som samtalepartner for pasientene. Jeg mener at økt kunnskap og trygghet ville gjøre det lettere.

I mine åpne spørsmål til sykepleierne ble det ikke spesifikt spurt etter hvordan diakonen kunne utfordre dem. Jeg spurte etter hvilke erfaringer de hadde med samarbeid og hjelp fra diakonen og hva de ønsket videre. Som jeg tidligere har vært inne på, speiler svarene deres konkrete erfaringer med bruk av den aktuelle diakonen på det aktuelle sykehuset. Det at jeg ikke spesifikt spurte dem om hvordan de kunne eller ønsket å bli utfordret kan gjøre at materialet jeg har for å svare på denne siste delen av problemstillingen blir for bredt, for utydelig og ikke konkret nok. Jeg svarer da på spørsmålet med utgangspunkt i det materialet jeg har. Det gir meg noen svar. Det er usikkert om jeg ville fått andre svar om jeg hadde spisset spørsmålet her. Å bli utfordret kan fort gi negative assosiasjoner. Man kan bli utfordret til å gjøre noe man ikke vil eller kan. Det føles ikke godt.

Hvorfor er det viktig å bli utfordret? Ved å bli utfordret ligger det en kime til vekst og en kime til forbedring. Ved å bli utfordret ligger det en mulighet for sykepleierne til stadig å bli bedre på å se pasientene, på å møte dem med verdighet, som hele mennesker, uendelig verdifulle. Slik åndelig og eksistensiell omsorg kommer til syne i lover, rammeverk og ulike kartleggingsverktøy ligger det utfordring til helhetlig omsorg med bakgrunn i det kristne menneskesynet. Det ligger utfordring i kunnskap om sjelesorg og profesjonell kommunikasjon. Ved å bli utfordret på dette området, ligger det muligheter til å løfte fram spørsmål som: «Hva er viktig for deg nå, i den livssituasjonen du er i nå?» , «Har du en tro eller et livssyn som hjelper deg?» og «Er du redd?» Det ligger muligheter i samtaler om tro, håp og livsmestring. Det ligger muligheter i å lytte til ei livshistorie. Om sykepleierne lar seg utfordre av sykehusdiakonen, ligger det også vekstmuligheter for andre typer samarbeid enn det som har vært. Utfordringer gir muligheter.

Mot avslutning av denne oppgaven deler jeg noen tanker om hva som skal til for å bedre kunnskap og trygghet blant sykepleierne på dette feltet. Da går utfordringen til ledere på sykehuset. For å kunne delta på refleksjonsgrupper, veiledning og undervisning må det legges til rette for at det lar seg gjennomføre i en travel sykehushverdag. Det handler om tilrettelegging i forhold til arbeidstid; at det er mulig å gå fra arbeidet for å sette seg i «det lukkede rom». Det handler om anerkjennelse av at dette er viktig arbeid for å ta vare på sykepleierne. Prioritering av dette hos leder bidrar til prioritering hos sykepleier. Gruppens sammensetning vil kunne være ulik alt etter behov. De kan settes sammen av sykepleiere fra ulike avdelinger for å øke forståelsen for hverandres arbeid. De kan settes sammen av sykepleiere fra samme avdeling for å bearbeide felles erfaringer og de kan settes sammen av

ulike fagprofesjoner for å få hverandres ulike faglige blikk på samme problemstilling. Undervisning må planlegges inn i opplæringsdager og fagdager. Her kan tenkes felles undervisning for så å arbeide i grupper, eller gruppevis undervisning. Det som gikk igjen hos sykepleierne var ønske om dialog og toveiskommunikasjon i mindre grupper som en del av undervisningen. Det kan komme underveis i undervisningen eller som en respons etterpå. Her er flere muligheter for gjennomføring som fordrer dialog mellom sykepleiere, ledere og sykehusdiakon for å planlegge og gjennomføre. Det krever vilje og bevissthet for å ta tak i dette: En bevissthet om at for å utøve god, helhetlig sykepleie der åndelig og eksistensiell omsorg har sin naturlige plass, trenger sykepleierne også å ta vare på seg selv. Undervisning, refleksjon og veiledning er en del av selvivaretagelse og utrustning for å kunne fortsette å stå i et krevende omsorgsykke.

7 Oppsummering

Temaet åndelig og eksistensiell omsorg, utøvd av sykepleiere i samarbeid med sykehusdiakon, har engasjert meg igjennom årene som utøvende sykepleier. Det har engasjert meg gjennom diakonistudiet og som utøvende sykehusdiakon. Jeg har vært opptatt av hvordan åndelig og eksistensiell omsorg ser ut i praksis i en travel sykehushverdag og hvordan teori innen sykepleie og diakoni støtter og utfordrer praksisen. I tillegg til å være beskrivende løfter jeg også blikket for å se på veien videre og antyder, med bakgrunn i funnene, hvordan sykepleiere og diakon kan samarbeide videre. I dette ligger det både støtte og utfordring fra diakonen på åndelig og eksistensiell omsorg. Jeg håper masteroppgaven kan bevisstgjøre og utfordre både sykepleiere, ledere og andre for å bringe temaet på dagsorden. Det har vært givende å jobbe med dette som ligger så tett på mitt eget arbeid. Jeg gleder meg til å presentere arbeidet for kolleger og samarbeidspartnere for på den måten å kunne opplyse og inspirere.

Problemstillingen som har vært utgangspunkt for arbeidet:

Hvordan ser og møter sykepleierne på et lite offentlig sykehus pasientenes åndelige og eksistensielle behov? På hvilke måter kan sykehusdiakonen støtte og utfordre sykepleierne i dette arbeidet?

Funnene ble videre sortert under hovedpunkter som også fantes i intervjuguiden:

- 1) Hva legger sykepleierne i åndelig og eksistensiell omsorg?**
- 2) Hvordan oppdager de åndelige og eksistensielle behov?**
- 3) Hvordan utføres åndelig og eksistensiell omsorg?**
- 4) Hvordan kan de samarbeide med diakonen?**

Teori jeg jobbet med og presenterte handlet om helhetlig menneskesyn, kristen livstolkning, sjelesorg, åndelig og eksistensiell omsorg i sykehus. Jeg brukte teoriene til å drøfte og diskutere funnene og forståelsen av dem. Hovedtendenser i funnene var at åndelig omsorg ble forstått som en del av helhetlig omsorg, at det er et tema det er vanskelig å snakke om og som krever tid. Det handlet om tilstedeværelse i møte med pasientene så hver enkelt føler seg sett og møtt. Jeg fant også bruk av sykehusdiakonen som hjelp til pasientene og som støtte for sykepleierne i form av veiledning, refleksjon og undervisning. I arbeidet med materialet og

teoriene fant jeg samsvar og gjensidig støtte. Det var ingen overraskende eller nye funn som utfordret det jeg hadde funnet i tidligere arbeid eller teorier jeg brukte. Det var heller slik at arbeidet bekrefter det jeg tidligere har lest og slik jeg tidligere har oppfattet sykepleieres arbeid. Det gjelder både egne erfaringer og det jeg har hørt av andre. For veien videre ligger det utfordringer til ledere om å legge til rette for veiledning, refleksjon og undervisning innenfor arbeidstid. Det ligger utfordring til sykepleiere om å være bevisst på åndelig omsorg i arbeidshverdagen og til diakonen om stadig å informere og opplyse om tilbud og muligheter, både for pasienter, pårørende og ansatte. I en travel sykehushverdag er informasjon ferskvare. Åndelig og eksistensiell omsorg er et tema vi ikke blir ferdig med og som stadig må bringes på dagsorden.

7.1 Etterord fra forfatteren

Det blir mange ord i en slik oppgave. Ord i intervjuene, ord når jeg forklarer, ord fra teoriene, i analysen og drøftinga. Og det er naturlig, det er redskapet vi har for å forklare. Men jeg skulle ønske at jeg kunne tatt leseren med til en sykeseng, sammen med sykepleieren eller diakonen der ord blir vanskelig. Kanskje må vi først være sammen i det ordløse, i det vonde, i det vanskelige, før man famlende kan bruke ord for å lete etter mening, etter tro og etter håp.

Litteraturliste

Aadland, E. (2009) Diakonikritikk og kritisk diakoni. I E. Aadland (Red.) *Kan institusjoner elske? Samtidsessayer om diakonale virksomheter* Akribe

Antonovsky, A (2000) *Helbredets mysterium* Hans Reitzels

Cerner (u.å.) *DocuLive* Hentet 19. april 2022

<https://www.cerner.com/no/en/solutions/doculive>

Dalaker, A. (2012) *Tro- en kilde til livsmot? Håpets mysterium når sykdom preger livet* Efrem

Diakoniplanen (2020) *Plan for diakoni* dnk.no https://kirken.no/globalassets/kirken.no/om-kirken/samfunnsansvar/diakoni/plan-for-diakoni_rev2020.pdf

Eide, H. & Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling og etikk. (3.utg.)* Gyldendal

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

Extend (2022, 6.mai). *EQS Kvalitetssystem: Brukervennlig-fleksibelt-lønnsomt* extend.no
https://www.extend.no/eqs-by-extend/?gclid=EAIaIQobChMIwPHlwP7K9wIVQzcYCh2QgwW8EAAYASAAEgL3APD_BwE

Falk, B. (2016) *Å være der du er: Oppmerksomhet, grenser og kontakt i den hjelpende samtalen* (2.utg.) Fagbokforlaget

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

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

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

Helsedirektoratet (2018) *Lindrende behandling i livets slutfase: Nasjonale faglige råd*
helsedirektoratet.no <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>

Henriksen, J-O. (2003) *Imago Dei: Den teologiske konstruksjonen av menneskets identitet*
Gyldendal Akademisk

Hernes, G. (2009) Kampen mot normalfordelingen. I E. Aadland (Red.) *Kan institusjoner elske? Samtidsessayer om diakonale virksomheter* Akribe

Hirsch, A. Røen, I. (2016) Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov I Kaasa, S. Loge, J. H.(Red.) *Palliasjon: Nordisk lærebok* Gyldendal

Hummelvoll, J.K. (1988) *Helt- Ikke stykkevis og delt: Introduksjon til psykiatrisk sykepleie*
(3.utg.) Gyldendal Norsk

Johannesen, K. I, Moelven, O., Roaldkvam, S. (2007) *Godt, rett, rettferdig: Etikk for sykepleiere* Akribe

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

Kaasa, S., Lund, J-Å. (2016) Standardiserte pasientforløp og integrasjon mellom onkologi og palliasjon. I Kaasa, S., Loge, J.H (Red.) *Palliasjon: Nordisk lærebok* Gyldendal

Kleiven, M. H (2019, 12. mars) Er åndelig omsorg et tabu? Manglende evne til å være til stede i store, viktige spørsmål skader først og fremst pasienten *Dagen, kronikk*

Kuven, B. M., Bø, B., Ueland, V., Giske, T. (2020) Åndelig omsorg er mer enn religiøs tro *Sykepleien* 2022;110(87563): e-87563 [https:// DOI: 10.4220/Sykepleiens.2021.87563](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.87563)

Kuven, B. M. & Bjorvatn, L. (2015) Åndelig omsorg er en del av sykepleien *Sykepleien* 2015;103(9):56 58 [https:// DOI 10.4220/ Sykepleiens.2015.55165](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.55165)

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

Langeland, E. & Nyheim Holvik, T. (2020) Salutogen helsefremming i grupper. I A. Vågan (Red.) *Helsepedagogiske metoder: Teori og praksis* (s.92-111) Gyldendal

Lartey, E.Y. (2003) *In living color: An Intercultural Approach to Pastoral Care and Counselling* (Second Edition) Jessica Kingsley Publishers

Lie, K. (2002) *Eksistensiell og åndelig helseomsorg: En praktisk veileder* Høyskoleforlaget

Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* Universitetsforlaget

Martinsen, K. (2018) *Bevegelig berørt* Fagbokforlaget

Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*(2.utg.) Universitetsforlaget

Martinsen, K. (2000) *Øyet og kallet* Fagbokforlaget

Martinsen, K. (2000) Kjærlighetsgjerningen og kallet. I R. Nissen *Lærebog i Sygepleie* (s. 245-300) Gyldendal Akademisk

Meld. St. 24 (2019-2020) *Lindrende behandling og omsorg- Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.* Helse- og omsorgsdepartementet
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>

Meld. St. 15 (2017-2018) *Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre* Helse- og omsorgsdepartementet <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

Nightingale, F. (1997) *Notater om sykepleie* Universitetsforlaget

Norsk Helseinformatikk (2022, 6.mai) *ESAS symptomskjema* nhi.no <https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/skjema/lindrende-behandling/esas-symptomskjema/>

Norsk Sykepleier Forbund (2019) *Yrkesetiske Retningslinjer* nsf.no <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

NOU 1997: 2 (1997) *Pasienten først! - Ledelse og organisering i sykehus* Regjeringen.no
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/>

Nouwen, H. J. M. (2004) *Den sårede hjelper* Luther

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

Oslo universitetssykehus (2022, 6.mai) Åndelige og eksistensielle behov hos pasienter og pårørende -eHåndboken OUS <https://ehandboken.ous-hf.no/document/134012#23>

Repstad, P. (2007) *Mellom nærhet og distanse: Kvalitative metoder i samfunnsfag* Universitetsforlaget

Schmidt, H. (2011) *Har du tid til det, da? Om åndelig omsorg i sykepleien* Fagbokforlaget

Statistisk sentralbyrå (2021, 15.juni) *Den norske kirke* <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/religion-og-livssyn/statistikk/den-norske-kirke>

Smebye, K.L. & Karoliussen, M.(1985) *Eldre, aldring og sykepleie* Universitetsforlaget

Stifoss-Hanssen, H. & Kallenberg, K. (1998) *Livssyn og helse: Teoretiske og kliniske perspektiver* Ad Notam Gyldendal

Thagaard, T. (2013) *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (4.utg.) Fagbokforlaget

Thornø, K. (1996) *Kan vi trøste hjertene?* Tano

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* Gyldendal Akademisk

Verdighetsgarantien (2010) *Forskrift om verdig eldreomsorg* (FOR-2010-11-12-1426) Lovdata <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2010-11-12-1426>

Vedlegg

Informasjonsskriv:

Vil du delta i forskningsprosjektet ”Åndelig og eksistensiell omsorg i sykehus”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan sykepleiere ser og møter pasientenes åndelige og eksistensielle behov, og hvilken rolle sykehusdiakonen kan ha i det. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet er å undersøke praksis blant sykepleiere: Hvordan oppdager de og møter pasientenes åndelige og eksistensielle behov på et lite offentlig sykehus iNorge? Hvordan kan sykehusdiakonen støtte og oppmuntre dette arbeidet?

Dette er et masteroppgaveprosjekt på 30 studiepoeng som ferdigstilles våren 2022

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID Vitenskapelige Høyskole er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det er 10 sykepleiere på ulike avdelinger på Sykehus som får dette spørsmålet. Sykehusdiakon har hjulpet meg å spørre fordi jeg bor langt unna. Jeg har også fått hjelp av sykehusprest i hennes permisjon.

Din leder er informert og har gitt tillatelse til at arbeidstid brukes på dette.

Hva innebærer det for deg å delta?

Du vil bli intervjuet av meg. Jeg tar lydopptak. Det vil ta max 1 time, sannsynligvis mindre.

Du vil få tilsendt spørsmålene på forhånd, så du kan forberede deg. Hovedtema er hvordan du som sykepleier ser og møter pasientene på åndelige og eksistensielle behov og hvordan sykepleiere og sykehusdiakon kan samarbeide om å møte disse behovene. Både aktuelle hendelser og hvordan du tenker deg det kan være, er av interesse. Alle svar blir anonymisert.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Bare jeg har tilgang til opplysningene. I tillegg vil veileder ha tilgang etter at intervjuene er skrevet ned og anonymisert. Jeg vil ikke skrive navn, arbeidssted, alder eller kjønn. Arbeidet vil oppbevares innelåst i skap og på eget kontor.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2022. Lydopptak blir da slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Dine rettigheter

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

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

- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- VID Vitenskapelig Høyskole ved Kari Jordheim på tlf 22451913 eller mail: Kari.Jordheim@vid.no
- Vårt personvernombud: Nancy Yue Liu Mail: nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Kari Jordheim
(Forsker/veileder)

Astrid Bergslid
(student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Åndelig og eksistensiell omsorg i sykehus*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide:

1.) Først løse, generelle spørsmål om arbeidshverdag. Hvordan ser du på jobben din og utførelsen av den?

Kjønn, alder, hvor lenge de har jobbet som sykepleier, hvilken avdeling du jobber på?

2.) Hva tenker du at åndelig/ eksistensiell omsorg er?

Hvordan forklarer du begrepene? Hva betyr de for deg?

Hva er dine kilder til kunnskap på dette feltet?

3.) Hvordan oppdager du pasientens åndelige/ eksistensielle behov?

Hvordan møter du disse?

Ved innleggelse skal det fylles ut i et skjema noe om dette. Hva er din erfaring med kartlegging av slike behov?

Eks. ved innkomst, ved flytting mellom avdelinger, ved forverring i tilstand, ved overflytting til annen institusjon.

4.) Kan du fortelle om en situasjon der du opplevde pasientens å/e behov ble møtt?

Enten av deg, eller en annen sykepleier?

I hvilke situasjoner er det?

5.) Hvis ikke: Hvordan ser du for deg behovet burde/kunne vært oppdaget og møtt?

Praktiske eksempler, tenkte eksempler

6.) Hva skal til for at du skal bli mer opptatt av det?

Tid, menneskelige ressurser, praktiske forhold, kunnskap.

7.) Hva preger ditt menneskesyn? Hvordan påvirker det din måte å møte disse behovene?

Kristent, humanistisk, verdisyn, annet?

8.) Hva tenker du om hvordan sykehusdiakonen kan brukes i et sykehus?

Når vil man ta kontakt? Om hva?

Hvordan kan sykehusdiakonen bidra? eks veiledning enkeltvis eller gruppe.

9.) Hvordan var det for deg å fortelle om dette?

Hva gjør det med deg og hvordan du jobber videre? Er det noe du vil utdype eller føye til før vi avslutter? Til alle spørsmål: Hvorfor? Hvorfor ikke? Utdyp!