

# Se, forstå og romme hele mennesket

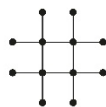
En kvalitativ studie om beboere- og helsepersonell  
sin forståelse av åndelig omsorg på sykehjem

# **Se, forstå og romme hele mennesket**

En kvalitativ studie om beboere- og helsepersonell sin forståelse av åndelig omsorg på sykehjem

*Marianne Elise Fasmer Morland*

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment for the  
Requirements for the Degree of Philosophiae Doctor (Ph.D.)



**VID**

VID Specialized University

© Marianne Elise Fasmer Morland, 2024

ISBN: 978-82-8456-062-5 e-versjon

ISSN: 2535-3071

*Dissertation Series for the Degree of Philosophiae Doctor (Ph.D.)  
at VID Specialized University, Volume no. 62*

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted, in any form or by any means, without permission.

Cover: Dinamo

Printed in Norway: Totaltrykk, Oslo, 2024

VID Specialized University

[post@vid.no](mailto:post@vid.no)

[www.vid.no](http://www.vid.no)

## Forord

Som 16-år gammel pleieassistent på sykehjem møtte jeg min første urolige beboer med demens:

*Meg: Er det greit at jeg går inn og snakker med Ola, han virker så urolig.*

*Kollega: Nei nå skal vi sitte her på vaktrommet og drikke kaffe, han har fått morgenstell, så han trenger ikke mer fra oss i dag.*

Jeg husker svaret jeg fikk fra min erfarne kollega gikk som en støkk i meg. Jeg våget ikke gå tilbake til pasienten. Likevel har tankene om Ola vært i bakhodet mitt gjennom årene. Hva om jeg hadde vært modig nok til å gå inn og snakke med ham, og vist interesse for hvem han var? Var det noe under morgenstellet min kollega og jeg kunne ha gjort annerledes? Og kunne dette ha roet den indre uroen han hadde?

Hvis jeg hadde visst det jeg vet nå, hadde nok morgenstellet til Ola blitt ganske annerledes. Denne historien beskriver hva som *kan* skje når helsepersonell ikke klarer å gi helhetlig omsorg som ser, forstår og rommer hele mennesket.

## Anerkjennelser

I juni 2020 startet jeg som stipendiat. Reisen frem til ferdig avhandling har vært både spennende og krevende – litt som en berg- og dalbane. Jeg har sittet to år på hjemmekontor, vært covid-stipendiat på utenlandsopphold i California, presentert på konferanser, knyttet kontakter og hatt en bratt akademisk læringskurve. Ved veis ende er jeg takknemlig for alt jeg har lært og alle jeg har møtt på veien. Denne doktorgraden hadde aldri vært den samme uten gode hjelpere, medvandrere, venner og familie.

Kjære Linda, min kunnskapsrike hovedveileder. Tusen takk for at du allerede fra første dag på avansert gerontologi i 2017 oppmuntret meg til å sikte høyt. Du er et stort akademisk forbilde for meg. Jeg hadde *aldri* skrevet hverken master eller ph.d. uten din uvurderlige støtte. Tusen takk for veiledning, villedning og et kritisk blikk. Du er unik på din helt egen måte! Dear Wilf. My knowledgeable, hardworking co-supervisor. Thank you so much for all the Zoom and Teams meetings. Thanks for all the assistance. Your positive demeanor and encouraging words have been incredibly valuable over these three years. I am grateful to have had you on my team.

Kjære SEP-gjengen med Tove og Kristin i spissen. Tove, takk for dine kloke ord, ditt gode blikk og at du alltid tar deg tid til å spørre hvordan jeg har det. Kristin, min kjekke, gøyale og rause SEP-kollega! Jeg gleder meg til fortsettelsen. Takk til resten av SEP-teamet for alt jeg har fått lære ved å være en del av forskningsmiljøet deres. Takk for turer, konferanser, diskusjoner og samvær.

En stor takk til Venke Ueland for alle dine kommentarer og kritisk lesning av kappen til sluttvurderingen.

Takk til Norsk Sykepleierforbund for reisestøtte som gjorde det mulig å være to måneder ved Azusa Pacific University i mai–juni 2022. A big thank you to Professor Pamela Cone and Professor Lynn Woods for all your supervision, kindness, and the time you spent with me during my stay at APU. Thank you.

En stor takk til alle informanter for deres bidrag og sykepleiefaglig leder for hjelp til datasamling.

Stipendiatene (gamle, nye og ferdige førsteamanuensiser): Dere er en helt unik gjeng! Takk for korøvelser, treningstimer på Zoom, fjellturer, skriveturer, kaffepauser og uniter. Ja, og ikke minst – faglig fellesskap med latter og tårer. Hver og en av dere har en spesiell plass hos meg. Og ekstra takk

til eksistensgirls for åndelig og eksistensiell støtte gjennom covid. *Marte* – du skjønn, kunnskapsrike og morsomme historiker! Jeg er utrolig takknemlig for at du har vært med på denne reisen med meg. Det å kunne diskutere ting med deg har startet mange viktige refleksjoner. TAKK! Og takk for alle gangene du har kjørt meg hjem. *Charlotte*, min sjelevenn og stipendiat-kollega. Uten deg hadde aldri stipendiat og covid-livet gått. Takk for oppmuntring, og ditt store hjerte. Takk for at du alltid spør «*hva trenger du nå, da?*». Jeg vet alltid at veien til å ringe deg (på Teams) er kort. Takk for alle gøyete ting vi har arrangert sammen og alt det vi skal gjøre. Du er en perle.

En særlig takk til alle ansatte ved Senter for Diakoni og Profesjonell praksis for faglig støtte og oppfølging. En stor takk til alle fine kollegaer på VID. Ingen nevnt, ingen glemt.

Kjære venner, Fruene, Snuppene, sykepleievenner, geriatrivenner, treningsvenner, nabovenner, familievenner, gamle venner og nye venner. Tusen takk for at dere alle er min utstrakte familie. Hver av dere er blomster i verdens fineste vennebukett. Elisabeth, takk for at du aldri er lenger enn en Snap unna. Takk for alle telefonsamtaler og heiarop! Hege og Geir, med familie. Tusen takk for alle turer, treninger og ikke minst at dere er et ikke-akademisk fellesskap for meg. Dere er utrolig gode å ha, både hjemme og på Kvamskogen.

En stor takk til verdens fineste familie, mamma og pappa og mine to gode storebrødre med familie, og den beste svigerfamilien. Takk for ferieturer, fjellturer, at dere leser, kommenterer og spør hvordan det går med avhandlingen. Jeg er utrolig glad i hver og en av dere. Og en ekstra takk til storebror Bjørn Tore for at du leste og kommenterte på kappen, takk.

Kjæreste Asbjørn, takk for at du er verdens beste ektemann og den aller beste pappaen for Filip og Jonas. Uten deg hadde jeg aldri fått skrevet en ph.d., dratt på utenlandsopphold, konferanser og turer. Takk for at du gir meg rom og tid til å kjøre et «ego-løp». Du er en fantastisk CEO for vår familie. For meg er du alt. Du er best. Filip og Jonas, dere er mine aller største skatter her på jord, og jeg er evig takknemlig for at dere alltid drar meg vekk fra forskningen og inn i deres verden. Takk for at dere viser meg at Minecraft, Nerf, Fortnite, Pokémon Go, Neymar, fotball, e-sport, lørdagssnop og pannekaker faktisk er det viktigste i livet. Jeg er uendelig glad i dere.

Og en stor takk til alle beboere og pasienter jeg har møtt på min vei fra første dag som pleieassistent til i dag. Takk for at dere har beriket livet mitt – hver dag.

## **Sammendrag**

Denne avhandlingen er en kvalitativ studie om forståelse av åndelig omsorg sett fra helsepersonell og beboeres perspektiver på sykehjem. Basert på Gadammers filosofiske hermeneutikk som metodologisk tilnærming, og Katie Erikssons karitative omsorgs teori som teoretisk grunnlag, utforskes begrepet åndelig omsorg ved hjelp av tre delstudier. Avhandlingens hensikt er å bidra til innsikt i hvordan åndelighet kan forstås, og hvilke kunnskaper/ferdigheter som er nødvendige for å ivareta beboernes åndelige behov.

**Delstudie 1** undersøkte sykehjemsansattes forståelse av åndelig omsorg. Ved hjelp av åtte intervjuer med helsepersonell<sup>1</sup> med ulik kulturell bakgrunn og et fokusgruppeintervju<sup>2</sup>, kom det frem hvor mangfoldig åndelighet kan forstås og at det kan være synonymt med god omsorg. Deltakerne forstod ivaretagelse av åndelig omsorg som mer enn religiøse behov. Åndelig omsorg er å ivareta hele mennesket. Det å se mennesket bak pasientens diagnose og å gi omsorg med en personlig vri, er her essensielt.

Formålet med **delstudie 2** var å utforske sykehjemsbeboere sine opplevelser av trivsel og åndelig omsorg. Ved hjelp av 38 intervjuer med beboere, inkludert flere med en demensdiagnose, viste funnene at beboerne trivdes på sykehjemmet. Det var en klar sammenheng mellom trivsel og aksept av deres nåværende livssituasjon. Dette var igjen knyttet til om beboerne følte seg hjemme på sykehjemmet eller ikke. Beboerne hadde hørt om åndelig omsorg, og de som klarte å reflektere omkring forståelse av åndelighet så på det som en viktig del av livet. Beboerne beskrev da at åndelighet var knyttet til det å føle seg trygg, få god omsorg og føle seg ivaretatt.

**Delstudie 3** undersøkte hvordan 35 helsepersonell med ulik erfaring, kulturell bakgrunn og kompetanse forsto åndelig omsorg som begrep. Deres behov for kunnskap og ferdigheter for å kunne ivareta åndelig omsorg ble også undersøkt. Data var elektroniske besvarelser av fem åpne spørsmål besvart i Nettskjema. Deltakerne beskrev ulike erfaringer og refleksjoner relatert til hvordan åndelig omsorg kan fremtre i sykehjem. Det kom frem ulike læringsbehov, som praktiske ferdigheter innen kommunikasjon og aktiv lytting.

Med støtte i tidligere forskning på feltet og Katie Erikssons omsorgsteori, er funnene diskutert. Avhandlingen bidrar til forskningsfeltet og klinisk praksis med en omsorgsteoretisk diskusjon omkring hvordan en kan se, forstå og romme beboernes åndelighet ved hjelp av å pleie, leke og lære, illustrert

---

<sup>1</sup> Sykepleier, helsefagarbeider, ergoterapeut og assistent

<sup>2</sup> Prest, sykepleier, frivillighetskoordinator, hjelpepleier(leder) og sykepleier(leder)

med en teoretisk modell. Videre bidrar avhandlingen med en nyansert forståelse av åndelig omsorg i sykehjem, sett i lys av ansatte med ulik faglig og kulturell bakgrunn. Inklusjon av personer med demens er et originalt og unikt supplement til omsorgsforskning. Avhandlingen beskriver også aspekter ved åndelighet portrettert med pasientenes stemmer, noe som gir en utvidet forståelse av beboernes tanker og refleksjoner om åndelige og eksistensielle livsaspekter.



## **Abstract**

This thesis is a qualitative study on the understanding of spiritual care from the perspective of healthcare professionals<sup>3</sup> and patients in nursing homes. With a methodological approach based on Gadamer's philosophical hermeneutics and Katie Eriksson's theory of caritative care as a theoretical basis, the concept of spiritual care is explored using three -studies. The purpose of the thesis is to contribute to increased knowledge about how spirituality can be understood, and to provide insight into the need for knowledge/skills that look after the residents' needs.

**Sub-study 1** describes nursing home staff's understanding of spiritual care using individual interviews with eight healthcare professionals from different cultural backgrounds, and one focus group<sup>4</sup> interview. The study highlighted how diverse spirituality can be understood, and that it was described by several as synonymous with good care. The participants in the study described spiritual care as more than religious needs. Spiritual care is looking after the whole person, where looking beyond the patient's diagnosis and providing care with a personal touch is essential.

The purpose of **sub-study 2** was to explore nursing home residents' experiences of well-being and spiritual care. With the help of 38 individual interviews with residents, including several with a diagnosis of dementia, the findings showed that the residents were happy in the nursing home. At the same time, there was a connection between well-being and acceptance of their current life situation. This was again linked to whether the residents felt at home in the nursing home or not. The residents had heard about spiritual care, and those who were able to reflect on the understanding of spirituality considered it an important aspect of life. The residents then described spirituality as being connected to feeling safe, receiving good care, and safeguarded.

**Sub-study 3** portrays how 35 health personnel with different experience, cultural background and competence understand spiritual care as a concept, and their need for knowledge and skills to provide spiritual care. It was collected electronically by answering five open-ended questions. The participants described various experiences and reflections relating to how spiritual care can appear in nursing homes. Various learning needs emerged, such as practical skills in communication and active listening.

With support from previous research in the field and Katie Eriksson's caritative care theory, the findings are discussed. The thesis contributes to the field of research and clinical practice with a

---

<sup>3</sup> RN, occupational therapist, nurse assistant, assistant with no health care education, priest

<sup>4</sup> Priest, RN, volunteer coordinator, assistant nurse (leader) and RN (leader)

caring science discussion about how one can see, understand and accommodate the residents' spirituality by means of personal care, playing and learning. Furthermore, the thesis contributes with a nuanced understanding of spiritual care in nursing homes, seen in the light of employees with different professional and cultural points of view. Not least, aspects of spirituality are portrayed by the patient's voices. Inclusion of people with dementia is an original and unique contribution in this field of research. This has been achieved by offering new insights into residents' thoughts and reflections on spiritual and existential aspects of life.

## Publikasjoner

### **Artikkel 1 – Publisert**

Morland, M., McSherry, W., & Rykkje, L. (2022). Understanding Spiritual Care Perspectives from Healthcare Professionals in a Norwegian Nursing Home. *Religions*, 13(3),239. <https://doi.org/10.3390/rel13030239>

### **Artikkel 2 - Publisert**

Rykkje, L., Morland, M., Ferstad, K., & Kuven, B. M. (2023). A qualitative hermeneutical understanding of spiritual care in old age when living in a nursing home: The residents' voices. *Journal of Clinical Nursing*, 32(21-22), 7846-7859. <https://doi.org/10.1111/jocn.16855>

### **Artikkel 3 - sendt inn desember 2023 til Tidsskrift for Nordisk sygepleje**

Morland, M., McSherry, W., Rykkje, L., Spiritual care for older nursing home residents - healthcare professionals' experiences and suggestions for skills development.

*"Making someone feel seen, heard and understood is the loudest way to love them."*

TobyMac #Speaklife

# Innhold

<b>1</b>	<b>Introduksjon .....</b>	<b>1</b>
1.1	Avhandlingens posisjonering og kappens innhold .....	2
<b>2</b>	<b>Bakgrunn .....</b>	<b>4</b>
2.1	Åndelighet og åndelig omsorg.....	4
2.2	Åndelighet og åndelig omsorg på sykehjem .....	5
2.3	Tilegnelse av kunnskap om åndelig omsorg.....	7
2.4	Oppsummering og relevans for avhandlingen .....	9
<b>3</b>	<b>Teoretisk rammeverk .....</b>	<b>11</b>
3.1	Omsorgsvitenskapens grunnlag .....	11
3.2	Katie Erikssons teori om karitativ omsorg.....	11
3.3	Omsorg som begrep og dets innhold .....	12
3.3.1	<i>Omsorgsfelleskap og pleiekultur.....</i>	<i>14</i>
3.4	Åndelighet og åndelig omsorg.....	15
3.5	Åndelighet og åndelig omsorg på sykehjem .....	16
3.6	Oppsummering og relevans for avhandlingen .....	17
<b>4</b>	<b>Hensikt og forskningsspørsmål .....</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>Metodologi og metoder.....</b>	<b>19</b>
5.1	Gadamers filosofiske hermeneutikk.....	19
5.1.1	<i>Forståelseshorisont.....</i>	<i>20</i>
5.1.2	<i>Språket og den hermeneutiske samtalen .....</i>	<i>21</i>
5.1.3	<i>Tekstfortolkning som dialog med teksten .....</i>	<i>22</i>
5.1.4	<i>Fortolkning som hendelse og applikasjon .....</i>	<i>22</i>
5.2	Studiens kvalitative inngang.....	22
5.2.1	<i>Delstudie 1.....</i>	<i>23</i>
5.2.1.1	Individuelle intervjuer .....	24
5.2.1.2	Fokusgruppeintervjuer .....	25
5.2.1.3	Fortolkning.....	25
5.2.2	<i>Delstudie 2.....</i>	<i>26</i>
5.2.2.1	Individuelle intervjuer .....	26
5.2.2.2	Fortolkning.....	27
5.2.2.3	Mitt bidrag til delstudie 2 .....	27
5.2.3	<i>Delstudie 3.....</i>	<i>28</i>
5.2.3.1	Åpne spørsmål.....	28
5.2.3.2	Fortolkning.....	28

5.3	Etiske overveielser.....	29
<b>6</b>	<b>Presentasjon av funn.....</b>	<b>31</b>
6.1	Artikkel 1.....	31
6.2	Artikkel 2.....	33
6.3	Artikkel 3.....	34
6.4	Oppsummering.....	36
<b>7</b>	<b>Diskusjon .....</b>	<b>38</b>
7.1	Pleie – Se omsorgsfellesskapet som mulighetens arena.....	38
7.2	Lære for å forstå - Pleiekultur som bærer av avdelingens ethos .....	41
7.3	Leke – samspill mellom omsorgsfellesskap og pleiekultur for å romme beboernes åndelighet.....	44
7.4	Se, forstå og romme beboernes åndelighet.....	45
7.5	Avhandlingens styrker og begrensninger .....	49
<b>8</b>	<b>Avhandlingens bidrag til forskningsfeltet .....</b>	<b>56</b>
8.1	Implikasjoner for praksis og utdanning .....	56
8.2	Videre forskning .....	57
	<b>Referanser .....</b>	<b>59</b>
	<b>Vedlegg.....</b>	<b>67</b>

## **Tabeller**

Studiens oversikt s. 28

Eksempel på spørsmål fra de individuelle intervjuene og fokusgruppen s. 34

## **Figur**

Modell for ivaretagelse av beboere på sykehjem sin åndelighet s. 55

## **Vedlegg**

Artikkel 1

Artikkel 2

Artikkel 3

Sikt (NSD) bekreftelse

REK svarbrev

Pandemiens påvirkning på forskningsprosessen

Intervjuguide – studie 1 (individuelle intervju og fokusgruppeintervju)

Intervjuguide uten FACIT SP 12 – Studie 2

Åpne spørsmål – studie 3

Samtykke – studie 1

Samtykke – studie 2

Samtykke – studie 3





## 1 Introduksjon

Hensikten med avhandlingen er å undersøke forståelsen av åndelig omsorg fra helsepersonells<sup>5</sup> perspektiv, og gjennom pasientens<sup>6</sup> egen stemme. Formålet er å bidra til ny kunnskap om hvordan åndelig omsorg kan forstås og praksisutvikles i sykehjemskonteksten.

For å gi helhetlig omsorg til beboere inngår det å ivareta deres åndelighet som en betydningsfull del av omsorgen, og dette er like viktig som å ivareta de fysiske, psykiske og sosiale sidene til mennesket (Cone & Giske, 2022; Rykkje, 2016; Rykkje & McSherry, 2021; Scortegagna et al., 2018). Likevel beskriver helsepersonell både nasjonalt og internasjonalt at det å ivareta pasientens åndelighet er utfordrende (Batstone et al., 2020; Ødbehr et al., 2015). Begrepet *åndelighet* og *åndelig omsorg* blir forstått ulikt (Giske & Cone, 2019; Steinfeldt et al., 2019). *Åndelighet* kan forstås som en styrke eller kraft som er iboende hos menneske, hvor kjærligheten til seg selv og andre kan være en ressurs som bidrar til indre ro, opplevelse av helhet og fred med seg selv (Rykkje, 2014; Rykkje, 2016; Rykkje & McSherry, 2021). Åndelighet innebærer hvordan mennesket søker mening i tilværelsen, både religiøst eller sekulært (Nolan et al., 2011). Den europeiske palliative organisasjonen (EAPC) beskriver åndelighet som det å ivareta menneskets eksistensielle utfordringer<sup>7</sup>, ivareta den enkeltes verdier og pasientens livssyn og religiøse behov. *Åndelig omsorg* er å ivareta menneskets åndelige dimensjon som en integrert del av helhetlig omsorg (Cone & Giske, 2022, s. 7-10).

*Åndelige behov* var i en dansk studie mest knyttet til ikke-religiøse behov, som det å finne mening, eksistensielle behov og indre ro, men for flere er åndelige behov nært knyttet til religion og livssyn (Nolan et al., 2011; Stripp et al., 2023). Målet med å ivareta åndelig omsorg er å møte pasientens åndelige behov (McSherry, 2006).

---

<sup>5</sup> Sykepleier, helsefagarbeider, ergoterapeut, prest og frivillighetskoordinator

<sup>6</sup> Det er valgt å bruke begrepene «beboer» og «pasient» om hverandre i kappen. Dette er et bevisst valg. «Pasient» ble brukt i studie 1, mens «beboer» ble brukt i studie 2 og 3.

<sup>7</sup> *Eksistensielle utfordringer* (dvs. spørsmål knyttet til identitet, mening, lidelse og død, skyld og skam, forsoning og tilgivelse, frihet og ansvar, håp og fortvilelse, kjærlighet og glede).

*Verdier og holdninger* (det som er viktigst for hver enkelt person, slik som forholdet til seg selv, familie, venner, arbeid, ting, naturen, kunst og kultur, etikk og moral, samt livet selv).

*Religiøs og livssynsmessig forankring* (tro, overbevisning og praksis, forholdet til Gud, den ytterste virkelighet eller det transcendentale (Helsedirektoratet, 2015)).

Historisk sett har begrepet «*Åndelig omsorg (spiritual care)*» lang historie innenfor sykepleie, men det har vært sett på som et vagt og udefinerbart begrep (Swinton & Pattison, 2010). Innenfor sykepleie er det å ha et helhetlig menneskesyn og ivareta pasientens åndelige dimensjon forstått som en naturlig del av det å gi helhetlig omsorg til pasienten, og ansett som helsepersonellens rolle (Lewinson et al., 2015, 2018; Rykkje & McSherry, 2021; Santos et al., 2021). Likevel opplever helsepersonell at de ikke har den kompetansen som kreves for å gjennomføre pleie og samtaler av åndelig og eksistensiell karakter (Gautam et al., 2019). Helsepersonell har tilsynelatende utilstrekkelige muligheter for å ivareta beboernes åndelighet (Batstone et al., 2020). Pasientstudier viser til at pasientens åndelige behov ofte ikke blir ivaretatt fordi helsepersonell ikke har tid (Selman et al., 2018). Samstundes påpeker Gautam et al. (2019) at åndelig omsorg er viktig for å finne mening i livet og håndtere eksistensielle spørsmål, og at pasienten verdsetter når helsepersonell tar seg tid til å møte deres behov. Mye forskning på åndelig omsorg er gjort innenfor lindrende behandling, men det er fortsatt mangelfullt innenfor sykehjemskonteksten (Batstone et al., 2020; De Clercq & Gamondi, 2023; Gijssberts et al., 2019; Mascio et al., 2022; O'Brien et al., 2019). Tidligere studier påpeker at det er manglende kunnskaper om hva åndelighet og åndelig omsorg hos pasienter i sykehjem kan være, spesielt innenfor demensomsorgen (Gautam et al., 2022; Gautam et al., 2019; Isene et al., 2021; Ødbehr et al., 2014; Ødbehr et al., 2015). Pasientstudier viser at åndelighet må ivaretas ut fra den enkeltes forståelse av åndelighet. Her er religion, natur, kunst og betydningsfulle relasjoner trukket frem som aspekter som er viktige for å ivareta åndeligheten blant eldre med demens (Toivonen et al., 2023). Ansatte i sykehjem er derfor sentrale i kartleggingen og tilretteleggingen av pasientens åndelige ressurser og behov (Batstone et al., 2020). Studier fra Norge viser at helsepersonells forståelse av åndelig omsorg er flerdimensjonal, og at ivaretagelse av pasientens åndelighet bidrar til å forbedre helsen deres (Steinhauser et al., 2017; Torskenæs et al., 2015).

Forskning på åndelig omsorg har foregått i en årrekke, og dette omfanget understreker at det er et viktig forskningsfelt. Det siste tiåret er det gjort mye forskning omkring ulike spørsmål knyttet til åndelig omsorg, med spesielt fokus på hvordan helsepersonell kan ivareta pasientens åndelige behov (Lucchetti et al., 2019). Det er imidlertid få studier omkring forståelse av åndelig omsorg hos helsepersonell i sykehjem som tar hensyn til den multikulturelle sammensetningen av individer som jobber der. Det er dessuten få studier som inkluderer beboerne selv (Isene et al., 2021; Ødbehr et al., 2014; Ødbehr et al., 2015; Ødbehr et al., 2017).

### 1.1 Avhandlingens posisjonering og kappens innhold

Denne avhandlingen ønsker å bidra til omsorgsforskning omkring begrepene åndelighet og åndelig omsorg i sykehjem. Avhandlingen skriver seg inn i en sykepleie- og omsorgsvitenskapelig tradisjon.

Dette er gjort ved å ha en teoretisk forankring i Katie Erikssons karitative omsorgsteori og filosofisk hermeneutikk beskrevet av Gadamer som metodologisk ståsted. Avhandlingen er skrevet ved doktorgradsprogrammet Diakoni, Verdier og Profesjonell praksis ved Senter for diakoni og profesjonell praksis (SDP) ved VID Vitenskapelige Høgskole. Avhandlingen består av tre artikler og en kappe som belyser sammenhengene mellom de ulike delstudiene og klargjør bidraget til forskningsfeltet. Kappen inneholder åtte kapitler, som beskrevet under.

Kapittel 1 inneholder en kort introduksjon og viser hvor avhandlingen posisjonerer seg. Deretter følger av en kort beskrivelse av avhandlingens struktur. Kapittel 2 tar for seg en beskrivelse av forskningsfronten som avhandlingen bygger på, med fokus på studier med et sykepleiefaglig ståsted. Kapittel 3 beskriver den karitative omsorgsteorien. Ulike begrep fra nevnte teori blir her utdypet, og begrepet åndelig omsorg blir forklart fra et omsorgsvitenskaplig ståsted. Kapittel 4 beskriver avhandlingens hensikt og forskningsspørsmål. Kapittel 5 tar for seg metodologi og metoder som er brukt i avhandlingen. Først følger en beskrivelse av det vitenskapsteoretiske ståstedet til avhandlingen. Deretter blir Gadamers filosofiske hermeneutikk presentert. Videre kommer en grundig gjennomgang av avhandlingens kvalitative inngang. Avslutningsvis beskrives de etiske overveielser som er gjort i studien. Kapittel 6 tar for seg studiens funn med bakgrunn i avhandlingens tre artikler. Kapittel 7 inneholder en omsorgsvitenskapelig diskusjon av studiens funn som avslutningsvis blir illustrert med en teoretisk modell for åndelig omsorg i sykehjem. Til slutt blir avhandlingens styrker og begrensninger diskutert. Kapittel 8 presenterer avhandlingens bidrag til forskningsfeltet og implikasjoner for praksis.

## 2 Bakgrunn

Siktemålet med kapittelet er å beskrive tidligere forskning som avhandlingen bygger på. Kapittelet starter bredt for å gi leseren en beskrivelse av hva åndelighet og åndelig omsorg kan forstås som. Etterfulgt av en beskrivelse av konteksten som avhandlingens delstudier er gjort i med en utdypning av forskning på åndelig omsorg på sykehjem. Kapittelet avsluttes med en beskrivelse av forskning som beskriver hvordan åndelig omsorg kan læres.

### 2.1 Åndelighet og åndelig omsorg

Det er gjort søk i ulike databaser<sup>8</sup> med ulike søkeord<sup>9</sup> med hovedfokus på sykehjem. Kapittelet fokuserer på artikler som har fokus utover religiøse behov, men åndelighet og åndelig omsorg blir også forsket på som blant annet del av det å være en kristen sykepleier (Gage, 2023). Forskning på hvordan åndelig omsorg kan bli forstått ut fra sitt religiøse ståsted blir også gjort i andre religioner enn kristendommen (Nandram et al., 2023; Nuraeni et al., 2023). I avhandlingen er åndelighet og åndelig omsorg forstått innenfor et sykepleievitenskapelig perspektiv. Dette betyr at fokuset er på litteratur som fortrinnsvis inneholder pasienter eller helsepersonells stemmer. Åndelighet er forstått som paraplybegrep med det eksistensielle som en del av det åndelige, men at det eksistensielle ikke kan stå for seg selv med referanse til modellen til Nygaard et al. (2022). Derfor er åndelighet og åndelig omsorg som begrep valgt da avhandlingen søker å skrive seg inn i en sykepleiefaglig kontekst både nasjonalt og internasjonalt, fordi åndelig omsorg er da vanligst brukt i internasjonal forskning fra et sykepleieperspektiv (Nygaard et al., 2022).

På 1980-tallet ble åndelig omsorg nært knyttet til hvordan mennesket forholdt seg til Gud eller andre høyere makter (Stoll, 1989). Internasjonalt er det forsket mye på åndelighet og åndelig omsorg de siste 30 årene, da beskrevet som et bredt, men nyttig begrep som omhandler hvordan mennesker finner mening i tilværelsen (Ali et al., 2015; Cockell & McSherry, 2012; Ross, 2006). Åndelighet og åndelig omsorg er forsket mye på i ulike disipliner, og innenfor sykepleieforskningen har temaet skapt livlige debatter (Weathers et al., 2016). En person som har kritisert sykepleielitteraturen for å ha forskning av lav kvalitet og for vage definisjoner, er Paley (2008). Ifølge La Cour et al. (2012) vil imidlertid ikke en felles betegnelse på åndelighet eksistere i et sekularisert land, fordi åndelighet vil ha ulik betydning ut fra hvem en spør. Norge er ansett som et av de mest sekulære landene i verden (Bruce, 2011). Til tross for at 70 % av befolkningen er medlemmer av statskirken, går kun 2 % i kirken (Den Norske Kirke, 2021; Urstad, 2017). Totalt 81,9 % i en stor dansk befolkningsstudie rapporterte at

---

<sup>8</sup> CINAHL, PubMed, Google Scholar, Biblioteket Dk, Libris, Oria, Swemed og Idunn.

<sup>9</sup> Spirituality, spiritual, spiritual care, spiritual needs, older person, frail, healthcare professionals, staff, nursing home, long term care facility, dementia,

de hadde hatt minst ett åndelig behov den siste måneden (Stripp et al., 2023). Dette viser at åndelighet, selv i et sekulært land, ikke må neglisjeres. Det viser også at en i helsetjenesten må ha økt oppmerksomhet på åndelige behov hos pasientene (Stripp et al., 2023). Det norske samfunnet er tuftet på verdier både fra den kristne tro og tradisjon, samt humanistiske verdier (Disch, 2022, s. 1). Åndelighet er sett på som privat, da åndelighet som begrep i en norsk kontekst er nært knyttet til religion og da en kristen tro (Kleiven et al., 2021; Nygaard et al., 2022). Det å spørre om religion eller åndelighet i helsevesenet er sett på som tabu, og det er blitt betegnet som «*elefanten i rommet*» (Wyller, 2015). Disch (2022, s. 11-12) stiller seg spørsmålet om vi lider av en berøringsangst i Norge når det kommer til åndelighet. Studien om tjenestemottakernes mulighet til tros- og livssynsutøvelse kom frem til at i de fleste kommuner i Norge var en opptatt av beboernes tros- og livssynsutøvelse, og dette var forstått som et kommunalt ansvar (Disch, 2022, s. 29-30). Dette opplevdes som et ansvar fordi det var blitt løftet opp i debatter, nasjonale styringsdokumenter og reformer som «*leve hele livet*» de siste årene. Ifølge Disch (2022) er det likevel behov for mer kompetanse når det kommer til hvordan man kan fange opp og vite hva pasienten har rett på og trenger. Dette med tanke på tros- og livssynsfrihet i flere deler av omsorgssektoren.

Åndelighet er beskrevet som svært relevant for alle mennesker, ettersom åndelighet er nært knyttet til det å føle en indre ro. Åndelig omsorg kan forstås som når en har et oppmerksomt nærvær, som å være nær pasienten og gjøre godt for den andre (Balboni et al., 2010; Baldacchino, 2015).

Oppsummert er åndelighet et komplekst begrep som er vanskelig å definere. Åndelighet kan også beskrives med de tre begrepene «*transendens*», «*meningen med livet*» og «*forbundethet*» (Weathers et al., 2016).

## 2.2 Åndelighet og åndelig omsorg på sykehjem

Et sykehjem er et hjem, men også en arbeidsplass. Sykehjemmet består av ulike typer plasser som langtidsplasser og korttidsplasser, samt tilrettelagte avdelinger for personer med demens, skjermede enheter og forsterkede enheter (Rokstad et al., 2023). Behovet for sykehjems plasser er stort, og andelen eldre i befolkningen er forventet å øke betydelig de neste ti årene (Gleditsch et al., 2020). Nærmere 38.000 bor på sykehjem i Norge i 2023, og av disse er tre av fire over 80 år (Hoen & Abrahamsen, 2023). Ifølge tall fra SSB har 86,2 % av beboere med en langtidsplass i sykehjem et omfattende bistandsbehov, og kun 1 % har et avgrenset bistandsbehov (Statistisk sentralbyrå, 2023). De fleste pasienter på sykehjem har en eller flere livstruende sykdommer, og dette gjør at åndelighet kan bli mer fremtredende og viktig for pasienten (Nissen, Viftrup, et al., 2021). En anslår at 80 % av pasientene med langtidsplass i sykehjem i Norge har en demensdiagnose (Strand et al., 2023).

Demens, høy alder, psykotiske symptomer og lav ADL-funksjon er beskrevet som årsaker til at en får sykehjemsplass (Wergeland et al., 2015).

Uavhengig av religion og livssyn, er ivaretagelse av pasientens åndelighet en like viktig del av helhetlig sykepleie som det å ivareta de sosiale, fysiske og psykiske behovene (Rykkje & McSherry, 2021; Scortegagna et al., 2018). Den åndelige dimensjonen kan ikke utelates når man pleier eldre beboere (Rykkje et al., 2012-2013). Åndelig omsorg i sykehjem kan likevel være utfordrende fordi ansatte ikke er klar over beboernes ønsker og behov (Haugland & Giske, 2021). Dessuten kan pasientene ha vansker med å uttrykke hva de trenger (Toivonen et al., 2023). Åndelighet kan uttrykkes på forskjellige måter for mennesker med demens, noe som kan skyldes gradvis tap av seg selv og redusert evne til å tro (Palmer et al., 2022). Lovverk, retningslinjer og flere rundskriv fra Norge fastslår at eldre mennesker i institusjon har rett til å få sine åndelige og eksistensielle behov ivaretatt (Helsedirektoratet, 2018; Meld. St. nr. 15 (2017-2018); Verdighetsgarantien, 2010). Hvordan helsepersonell er oppmerksomme på pasientens åndelighet, henger sammen med hvordan en som person forstår egen åndelighet. Hvilke livserfaringer en har, modenhet og utdanning er viktige elementer for hvordan en tilnærmer seg pasientens åndelighet (Batstone et al., 2020; Giske & Cone, 2015). Samtidig viser forskning at det trengs kunnskap og ferdigheter omkring åndelig omsorg hvis en skal lykkes i å gi tjenester av høy kvalitet for pasientene med et helhetlig pleiefokus (Cone & Giske, 2022; Pennbrant et al., 2020).

Når man flytter til sykehjem forlater en ikke kun hjemmet sitt, men også en del av seg selv (Kai-Lai et al., 2022). Hvis eldre opprettholder sin åndelighet, kan dette for flere gi en følelse av velvære (Lifshitz et al., 2019). Åndelighet er personlig og forskjellig fra person til person, derfor er det helt nødvendig å kjenne pasientens livshistorie og åndelige bakgrunn for å kunne møte deres åndelige behov (Ødbehr et al., 2017). Det å vise interesse for pasientens åndelige spørsmål kan en gjøre ved å spørre om pasientenes trivsel. Dette fordi trivsel er nært knyttet til åndelighet, ettersom det er knyttet til meningsfulle opplevelser (Baxter et al., 2021). En nyttig tilnærming på sykehjem kan derfor være at helsepersonell prøver å tilstrebe at pasienten opplever åndelig trivsel (Jones, 2020). På sykehjem kan åndelig omsorg og åndelig trivsel være å gi trøst, være til stede, gi håp og mening i tilværelsen og ivareta pasientens verdighet (Jones, 2020). Derfor kan aktiviteter og samlinger være viktig for den eldre, da dette kan styrke følelsen og tilknytningen til andre (Gautam et al., 2022; Harrington et al., 2019; Ødbehr et al., 2017). Av den grunn kan det å opprettholde kontakt med tidligere foreninger eller trossamfunn være svært viktig for pasientene. For personer med demens kan nemlig religion, relasjoner, natur og kunst være en viktig del av deres åndelighet (Toivonen et al., 2023). Det er også viktig å anerkjenne beboernes behov for livsmestring i form av aktiviteter tilpasset den enkelte. Dette

kan være å ta en kopp kaffe eller å sitte ute i solen. Aktiviteter som virker ubetydelige for personalet kan være svært viktige for å skape mening i hverdagen til pasienten (Ødbehr et al., 2017). Religion og tradisjon kan være svært viktig for beboerne. Disse faktorene kan skape en opplevelse av kontinuitet, samt en trygg og kjent ramme rundt pasientenes hverdag (Toivonen et al., 2023; Ødbehr et al., 2017). På samme tid må en erkjenne at det er en motsats til åndelig velvære, nemlig åndelig lidelse. Dette er kjent tematikk innenfor lindrende behandling (Bahrain et al., 2019). Åndelig lidelse kan relateres til angst for fremtiden, noe som er nært knyttet til opplevelse av mening og verdi (Hirakawa, 2014). I nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase, står det at ved livets slutt vil spørsmål knyttet til det religiøse, eksistensielle og/eller åndelige ofte komme opp. Dette kan være nært knyttet til pasientens opplevelse av mening og identitet (Helsedirektoratet, 2018). Forskning viser at for pasienter i eldreomsorgen, kan livets gleder være forbundet med det åndelige (Rykkje & McSherry, 2021; Ødbehr et al., 2014). Dette viser derfor at åndelighet på sykehjem kan være sammensatt, men også at det ikke kun er aktuelt når pasienten er ved livets slutt. Åndelighet og ivaretagelse av åndelig omsorg består vel så mye av det å kjenne til pasientens livshistorie og egne preferanser. Dette er en viktig del av helhetlig omsorg på sykehjem, illustrert med spørsmålene «*hva er viktig for deg?*» og «*hvordan kan jeg hjelpe deg?*» (Disch, 2022, s. 43; Ross & McSherry, 2018). Åndelig omsorg kan ivaretas uavhengig av hvilke religiøse eller åndelige livssyn helsepersonell har (Stripp et al., 2023). Å integrere fokus på åndelige behov innebærer at helsepersonell stiller pasienten noen enkle spørsmål til refleksjon om hva som gir mening for vedkommende (Stripp et al., 2023).

Et økende antall eldre resulterer i økt belastning hos pleie- og omsorgstjenestene i Norge. Flere eldre bor lengre hjemme med hjemmesykepleie, og dette gjør at terskelen for å få en sykehjems plass er høy. Derfor er beboerne på sykehjem eldre og mer pleietrengende, og denne utviklingen vil mest sannsynlig fortsette. Dette gjør igjen at en vil trenge flere ansatte i hele pleie- og omsorgstjenesten (Gautun, 2021; Hoen & Abrahamsen, 2023). Sammensetningen av de ansatte på sykehjem er mangfoldig, og i 2017 var 17 % migranter, men pasientene er imidlertid for det meste norske (Claus, 2018). Mangfoldet er ikke noe det snakkes om i avdelingene og ansatte blir ikke spurt om sine kulturelle og/eller religiøse ståsted, og dette brukes ikke som en ressurs i avdelingen (Lavik et al., 2021; Ådland et al., 2022).

### 2.3 Tilegnelse av kunnskap om åndelig omsorg

For at pasientene skal få sin åndelighet ivaretatt, og at deres åndelige ressurser skal bli oppfattet, forutsettes det at helsepersonellet vet hva åndelig omsorg er. Hvordan helsepersonell kan tilegne seg kunnskap om dette temaet, er derfor svært sentralt. Det er gjort forskning på hvordan sykepleierstudenter kan lære om åndelig omsorg (Giske, 2012; McSherry et al., 2020; Taylor et al.,

2014). Selv om ikke siktemålet med avhandlingen kun er sykepleiere, er likevel overføringsverdien fra forskning på sykepleierstudenter relevant. Tidligere forskning viser at når studenter eller andre skal lære om åndelig omsorg, bør det skje i kliniske settinger som er lette for helsepersonellet å kjenne seg igjen i (Giske, 2012; Jones et al., 2021). Områder som er viktige for å lære om åndelig omsorg, kan for eksempel være ekte pleiesituasjoner. Her er bruk av ulike pedagogiske metoder for at en skal kunne forstå og reflektere over pasientens åndelighet, viktig. I den forbindelse kan refleksjonsnotat, kollegarefleksjon og etisk refleksjon være gode metoder (Giske, 2012; Jones et al., 2021; Rykkje et al., 2021). Kommunikasjon blir trukket frem som det viktigste redskapet for å ivareta pasientens åndelighet. Derfor må dette prioriteres når undervisningsopplegg lages (Cone et al., 2023; Jones et al., 2021). Undervisning med fokus på refleksjon var utslagsgivende for å kunne bygge kompetanse omkring kommunikasjon vedrørende eksistensielle tema (Timmermann et al., 2023; Viftrup et al., 2021). Tid til å reflektere og diskutere ulike opplevde situasjoner som har omhandlet åndelighet, oppleves som svært viktig blant studenter (Cone et al., 2023; Rykkje et al., 2023). Rollemodeller trekkes også frem som avgjørende, da de med sin holdning kan vise at det er viktig å ivareta beboernes åndelighet (Cone & Giske, 2022; Cone et al., 2023).

Ledere er ansvarlige for hvordan åndelighet blir ivaretatt på det enkelte sykehjem, men også hvordan en snakker om det. Derfor er ledelse et viktig element for å klare å sette åndelighet på dagsorden og at en har en kultur med fokus på kropp, sjel og ånd (Giske, 2012; Hawthorne & Gordon, 2020). Fokus i undervisning bør være på åndelig oppmerksomhet, og det å gjøre ansatte i helsetjenesten oppmerksomme på at åndelighet er noe helsepersonell kan ivareta hos beboeren (Rykkje et al., 2021). Kartlegging av pasienten for å lettere ivareta deres åndelighet, som en ikke umiddelbart oppdager, kan også være svært nyttig (Nissen, Viftrup, et al., 2021). Det er utviklet et stort antall ulike kartleggingsverktøy (Halil & Kardaş, 2017; Monod et al., 2010; Sharma et al., 2012). Samtidig fordrer dette at de ansatte vet hvordan et slik skjema skal brukes. Nissen, Viftrup, et al. (2021) mener at det å ivareta pasientens åndelighet ikke kan ha en streng ramme, fordi dette er en relasjonell og individuell prosess som skjer mellom to eller flere mennesker, og hver enkelt situasjon er helt unik. Likevel anbefales det å ha en plan for åndelig omsorg rundt pasienten, slik at det ikke blir noe som skjer tilfeldig, eller at man er avhengig av en person eller en spesiell kompetanse (Nissen, Viftrup, et al., 2021). EPICC-nettverket har utviklet et selvvurderingsskjema<sup>10</sup> og en standard for utdanning i åndelig omsorg<sup>11</sup> (Cone et al., 2023; Giske et al., 2023). Dette er oversatt til mange språk og er beregnet for bruk i sykepleierutdanning. Det er flere elementer ved disse to dokumentene som kan være nyttige

---

<sup>10</sup> <https://www.vid.no/site/assets/files/33906/epicc-selvvurderingsverktoy-vid.pdf>

<sup>11</sup> <https://www.vid.no/site/assets/files/33905/epicc-standard-norsk-vid.pdf>



når en skal lage undervisning som omhandler åndelig omsorg i sykehjem. EPICC (2022) sin standard for utdanning i åndelig omsorg inneholder kompetanse, kunnskaper, ferdigheter og holdninger relatert til åndelighet og åndelig omsorg som sykepleierstudenter skal kunne. Dette er delt inn i fire nivå: «*egen åndelighet*», «*relasjonell åndelighet*», «*åndelig omsorg – vurdering og planlegging*» og «*åndelig omsorg – intervensjon og evaluering*» (EPICC, 2022).

I de internasjonale «*Code of ethics*» for sykepleiere, står det at sykepleieren er ansvarlig for å fremme et miljø for pasienten der menneskerettigheter, verdier og åndelig og religiøs tro blir respektert og ivaretatt (International Council of Nurses, 2021). Norske yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskriver at sykepleieren skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2023). De norske retningslinjene er laget med bakgrunn i «*Code of ethics*», og en kan anta at det i helhetlig omsorg inngår en åndelig dimensjon, selv om det ikke er eksplisitt skrevet. I andre norske retningslinjer er det å ivareta pasientens åndelighet sett på som et felles ansvar for alle som arbeider rundt pasienten (Helsedirektoratet, 2015). Likevel – selv med retningslinjer og veiledere som sier at en skal fokusere på pasientens åndelighet, viser forskning gang på gang at ivaretagelse av pasientens åndelighet er mangelfull i klinisk praksis (Hawthorne & Gordon, 2020).

#### 2.4 Oppsummering og relevans for avhandlingen

Åndelig omsorg, og det å ivareta beboere på sykehjem med et helhetlig fokus, er viktig. Derfor er det å verne om beboernes åndelighet og gi åndelig omsorg nevnt i deler av retningslinjer, forskrifter og lovverk. Etter en årrekke med forskning klarer likevel ikke helsepersonell å få grep om hva åndelighet er, og hvordan dette kan ivaretas hos pasienten på en god måte. Pasienten verdsetter å få helhetlig omsorg, men dette blir ofte nedprioritert med bakgrunn i dårlig tid. Sykehjem er en arena som skal være både et hjem og en arbeidsplass, med sine retningslinjer og rammer. Sammensetningen av de som bor på sykehjem er mangfoldig, med ansatte med ulikt utdanningsnivå og ulike religiøse og kulturelle bakgrunner. Tidligere forskning på åndelig omsorg i en norsk kontekst, viser at det er mangelfull forskning som tar hensyn til helsepersonell med en bredere forståelse enn den norske. Det er begrenset forskning som utforsker sykehjemsbeboere og deres egne tanker omkring åndelig omsorg. Forskning som tar utgangspunkt i stemmen til den eldre selv, er viktig med tanke på at det er i deres hjem på sykehjemmet at helsepersonell skal gi og ivareta åndelig omsorg. Beboere i sykehjem i dag har et stadig større hjelpebehov enn for fem–ti år siden. Derfor er bildet av dagens sykehjem en viktig forskningsarena. Med bakgrunn i at beboeren får et stadig større hjelpebehov, er det derfor viktig å beskrive og forstå hvordan åndelig omsorg kan praksisutvikles slik sykehjem er i dag. Forskning som ser på åndelig omsorg i lys av ansatte og beboere, er viktig. Dette for at en skal klare å lage gode pleie- og omsorgstjenester som ivaretar hele mennesket i fremtiden. Studier som ser på

beboere, og som også inkluderer beboere med demens, er få. For å forstå hvordan en kan gi tjenester til beboerne med søkelys på hele mennesket, må en utforske forståelsen av åndelig omsorg. Det vil kreve et representativt mangfold av ansatte og beboere på sykehjem. Derfor er forskning på åndelighet og åndelig omsorg et viktig forskningsfelt, selv etter en årrekke med forskning på temaet.

### 3 Teoretisk rammeverk

Dette kapitlet tar for seg avhandlingens teoretiske rammeverk. Ulike teorier bidrar til å forstå komplekse problemer på ulike måter. En forsker som bruker en teori vil finne noe annet enn en annen forsker, avhengig av hvilken teori man bruker (Reeves et al., 2008). Teori hjelper forskeren å stoppe opp og se fenomenene mer kritisk fra et bestemt ståsted (Kelly, 2010). I dette kapitlet vil jeg skrive om de begrepene som er viktige rammeverk for avhandlingen. Dette er det ontologiske grunnlaget for studien, noe som er viktig i søken etter en dypere forståelse av et begrep (Creswell et al., 2018). Begrepene er fra den nordiske omsorgsvitenskapelige tradisjon med vekt på Katie Erikssons karitative omsorgsteori. Dette teoretiske perspektivet er valgt fordi en i omsorgsvitenskapen ser på omsorg som et naturlig fenomen hvor pasientens verden, sårbarhet, helse og lidelse er sentrum (Eriksson, 1996). Dette harmonerer med min forståelse av omsorg. Avslutningsvis presenteres åndelighet og åndelig omsorg med vekt på åndelig omsorg på sykehjem, sett ut fra et omsorgsvitenskaplig ståsted.

#### 3.1 Omsorgsvitenskapens grunnlag

Avhandlingen har som hensikt å utforske og forstå forståelsen av åndelig omsorg blant ansatte og pasienter på sykehjem. Helt fra start har ønsket vært å ha et tydelig pleiefokus og skrive meg inn i en omsorgsvitenskapelig tradisjon. Det ble derfor valgt omsorgsvitenskap som overordnet paradigme. Omsorgsvitenskap (Vårdvetenskap) er i denne avhandlingen forstått som et ikke-medisinsk paradigme som ikke er begrenset til en spesifikk disiplin utviklet av Katie Eriksson (1943-2019) og Unni Å. Lindstrøm med flere ved Åbo Akademi i Finland i løpet av de siste 30 årene (Erikssons & Bergbom, 2022; Nystrøm, 2021; Näsman, 2020). Ifølge Eriksson (2018, s. 495) kan omsorgsvitenskapen forstås som en bro mellom filosofi, humaniora, teologi og naturvitenskap.

#### 3.2 Katie Erikssons teori om karitativ omsorg

Omsorgsvitenskapen har en rekke kjernebegreper som sammen utgjør en sammenhengende ontologi, kalt karitativ omsorgsteori (Bergbom et al., 2021; Nystrøm, 2021). Ordet karitativ stammer fra det latinske ordet *caritas*, som betyr nestekjærlighet (Store norske leksikon, 2005 - 2007). Det er *caritas* som er motivet for å gi omsorg (Eriksson, 2018, s. 445). Innen omsorgsvitenskap mener Eriksson (2018) at ontologien og epistemologien lever i et samspill med hverandre med forankring i et <sup>12</sup>ethos (Eriksson, 2018, s. 9-15). Ethos er grunnmotivet i omsorgsvitenskap og det en strekker seg mot, i søken etter å gjøre det gode, det sanne og det skjønne (Eriksson, 2018; Eriksson & Lindstrøm, 2003). Ethos er naturlig iboende hos alle mennesker (Erikssons & Bergbom, 2022). Eriksson (2018, s.

---

<sup>12</sup> Ethos er kjernen av omsorg og blir etikk i praksis når helsepersonell utøver medmenneskelig samhandling med pasienten. Naturlig egenskap i alle mennesker. Eriksson, K., *Vårdvetenskap: vitenskapen om vårdandet: om det tidlösa i tiden*. 2018: Liber

9) beskriver at ethos som begrep stammer fra gamle greske naturfilosofier (ca.400.f.kr), hvor en mente at mennesket hadde naturlige medfødte egenskaper. Det er ethos som er forankret i tanken om barmhjertighet og kjærlighet, og et menneske som kjenner sitt ethos utstråler kjærlighet og er hjemme i seg selv (Eriksson, 2018). Eriksson (2018, s. 9) beskriver at når mennesket har en dyp forståelse av sitt eget ethos, så har det innsikt i sine grunnleggende verdier og karaktertrekk en person bekrefter som viktige og føler seg hjemme i. Dette innebærer en bevissthet rundt ens eget verdigrunnlag og en følelse av tilhørighet til disse verdiene. En person som «*kjenner sitt ethos*» er sannsynligvis bevisst på hva som er viktig for dem, hva de står for, og de føler en indre harmoni eller tilfredshet med disse verdiene. En som kjenner sitt ethos vil utstråle kjærlighet, og kjærlighet kan knyttes til det åndelige (Eriksson, 2018, s. 9; Rykkje, 2014, s. 31). Dette fordi kjærlighet kan sees på som en kraft som binder mennesker sammen, men også som det som gir indre styrke (Rykkje, 2014). Med omsorgsvitenskapen som overordnet forståelsesramme, er ontologiske elementer viktig. Dette inkluderer helhet, pleie, lek og lære, som Eriksson (1996, s. 31) sier at mennesket viser i tro, håp og kjærlighet (Eriksson, 1996, s. 31). Avhandlingen har en ontologisk antagelse om at mennesket er en enhet bestående av kropp, sjel og ånd (Eriksson, 2018). Det betyr at omsorg er forstått som en naturlig del av det å være menneske, og at mennesket er en del av et større fellesskap.

### 3.3 Omsorg som begrep og dets innhold

Det å gi omsorg er en naturlig del av det å være menneske, og omsorg er en stor del av mange yrker (Eriksson, 1996, s. 17). Eriksson (1996) tegner et bilde av det å yte omsorg som:

*«At yde omsorg (caring) indebærer at skabe en tilstand af tillid, tilfredshed, kropslig og åndelig velvære samt en følelse af udvikling med det formål at forandre (opretholde, igangsette, støtte) sundhedsprocesserne ved hjælp af forskellige måder hvorpå man passer og plejer, lærer og leger»* (Eriksson, 1996, s. 17).

Omsorg kan forstås som en balanse mellom naturlig omsorg, egenomsorg og profesjonell omsorg – omsorg fra andre. Naturlig omsorg er den omsorgen som er naturlig integrert i alle mennesker. Egenomsorg kan sees på som støtte til den allerede naturlige omsorg som mennesket har. Den profesjonelle omsorgen fremtrer når helsepersonell ivaretar alle deler av omsorgen for mennesket. Det er den profesjonelle omsorgen som er mest fremtredende i sykehjem (Eriksson, 1996; Erikssons, 1997). Eriksson (1996, s. 17-18) beskriver at det å gi omsorg til andre kan forstås som en profesjonell relasjon hvor elementer som tro, håp og kjærlighet er sentrale. Likeså forutsetter dette et gjensidig forhold mellom omsorgsutøver og pasient. Omsorgen kan dessverre bli redusert til å kun gjelde

praktiske gjøremål, hvor omsorgen blir gitt uten tro, håp og kjærlighet (*uncaring care*). Fravær av omsorg vil medføre at pasientens verdighet ikke blir ivaretatt (Eriksson, 1996; Erikssons, 1997). Omsorgens kjerne er å *pleie, leke og lære, i tro, håp og kjærlighet. Dette starter med kjærlighet, barmhjertighet, kroppslig og åndelig velvære, tillit og tilfredshet* (Bergbom et al., 2021; Eriksson, 1996, s. 17-18). Et menneske som opplever tro, håp og kjærlighet vil ifølge Eriksson (1996) oppleve indre fred. Indre fred vil mennesket oppleve hvis en føler seg hel, og hel er man som menneske bestående av kropp, sjel og ånd (Bergbom et al., 2021). Eriksson (1996) skriver at mennesket alltid vil søke mot en enhet og det å føle seg hel. Det betyr at å ivareta mennesket som helhet er en sentral rolle av omsorg, og alle menneskets sider må ivaretas – også den åndelige siden. Dette knytter Eriksson (1996, s. 17-26) til begrepene tro, håp og kjærlighet, som danner et grunnlag for å pleie, leke og lære. Eriksson (1996) beskriver at kjernen i omsorg er å pleie, leke og lære, og disse tre elementene har en helsebringende funksjon. Disse tre elementene vil nå bli ytterligere beskrevet. Det å *pleie* et annet menneske kan sees på som en konkret kjærlighetsgjerning, fordi en gjennom den fysiske pleien bekrefter den andres eksistens (Eriksson, 1996, s. 32-35). I stellet av en beboer på sykehjem skjer det ulike konkrete handlinger som helsepersonell gjør for å nære, beskytte og påvirke ulike kroppslige funksjoner hos den andre. Eriksson utfordrer og sier at en må tørre å vise mer spontanitet, kjærlighet og varme i den fysiske pleien (Eriksson, 1996, s. 32-35). Menneskene er selvstendige individer. Men når en som beboer ikke lenger klarer å opprettholde egne funksjoner, er det pleierens ansvar å hjelpe slik at en som pleier «*stimulerer til selvaktivitet*» (Eriksson, 1996, s. 33). Det fysiske stelletts mål er kroppslig velvære, hvor en som menneske blir elsket slik en er. Her er berøring et viktig element, fordi en som menneske trenger nærkontakt. Dette kan være i form av øyekontakt, at man står nær eller at en fysisk berører (Eriksson, 1996, s. 32-35). For beboere på sykehjem kan dette være den eneste nærheten de opplever.

Mennesker har alltid pleid hverandre, og dette er en naturlig del av vårt atferdsmønster. Men det å delta i fysisk pleie av andre er likevel ikke noe som faller naturlig for alle. Det å *pleie, passe eller å ivareta den andre*, blir beskrevet som en estetisk handling som inneholder både en kroppslig og en åndelig del. Ordet «*ansa*» betyr på svensk «*nærhet*», og er å ivareta den fysiske kroppen, med et ønske at det skal gi velbehag for den andre. Dette skal også ivareta sjelen og gi oss en form for åndelig velbehag. Pleie er også nært knyttet til lek, læring og sosial kompetanse. Og hvordan pleien gis, henger sammen med helsepersonells evne til å reflektere og å møte pasienten i den fysiske pleien (Eriksson, 1996, s. 32-35).

*Læring* er essensielt for alle mennesker, hele livet. Eriksson (1996, s. 39-41) ser på det å lære som en viktig del av naturlig omsorg. Den naturlige læringen foregår sammen med den naturlige omsorgen,

men det er ulike elementer som kan fremme eller hemme læring. Læringen kan ha flere ulike mål og innhold. Å lære er å få nye muligheter. Læring gir nye ferdigheter i omsorgssituasjonen. Det åpner også for refleksjon. Læringsprosessen er alltid i bevegelse mellom seg selv og andre. Målet med læring er selvrealisering, og det å vokse. Det er derfor svært viktig at helsepersonell hjelper pasienten, slik at pasienten også selv kan lære (Eriksson, 1996, s. 39-41). Den naturlige innlæringen henger sammen med leken, og motivet for leken bør henge sammen med menneskets behov (Eriksson, 1996, s. 39-41).

Eriksson (1996, s. 35-38) beskriver *leken* som et paradoks, fordi en i leken finner lyst, kreativitet, alvor, utprøving og trening. Ifølge Eriksson (1996) er lek en viktig del av det å gi omsorg. Derfor er det også en naturlig del av det å hjelpe pasienten til å få være seg selv. Leken forutsetter at det er et visst spillerom. «*Småprat*» kan for eksempel ses som en form for lek (Eriksson, 1996, s. 35-38). I leken er det alltid individet som har kontrollen. I en pleier-pasient-relasjon er det pleieren som må underkaste seg pasienten, slik at pasientens identitet kan bli bekreftet. Men denne leken krever fortrolighet og tillit (Eriksson, 1996, s. 35-38). Eriksson (1996, s. 36-38) beskriver fem måter lek kan være viktig i omsorgen. *Lek som assimilasjon/tilpasning* er den leken hvor pleieren må tilpasse seg hvordan man for eksempel skal gi informasjon. Her må pleieren gi spillerom til pasienten. Fordi en lek ikke stiller noe krav, vil dette bidra til å skape en trygg atmosfære. Deretter må pleieren leke seg frem til hvordan en skal gå videre. *Den lystbetonte leken* er den som uttrykker glede og livslyst. Dette kan for eksempel være det å gi pasienten rom for rekreasjon og hvile. *Den skapende leken* gir pasienten rom til å uttrykke seg, men den forutsetter at pasienten har en del form for egenomsorg. Her er helsepersonellens oppgave å hjelpe pasienten til å aktivere prosesser som gjør at en klarer seg selv. *Leken som uttrykk for ønsker* er rommet hvor pasienten får lov til å være den en er, og komme med sine ønsker, uten at pleieren kommer med krav. Dette kan gi pasienten en hvilepause for å drømme seg bort, eller en kan prøve etter beste evne å realisere pasientens ønsker. Et eksempel på dette kan være å la pasienten se på gamle bilder. *Lek som trening og utprøving* er der en tilegner seg ulike ferdigheter og en kan prøve ut ulike handlingsalternativer. Leken er en trygg atmosfære å øve seg på. Denne formen for lek kan skape stor lærdom hos pleieren.

### 3.3.1 Omsorgsfelleskap og pleiekultur

Omsorg skjer ikke alene. Det er et fellesskap mellom pasienten og pleieren. Omsorgen har flere andre siden enn bare pleie, lek og lære. Begrepet *omsorgsfelleskap* (Caring communion) handler om at en møtes i tid og rom (Erikssons, 1997, s. 76-77). Det handler om respekt, ærlighet, varme og nærhet. Omsorgsfelleskap utgjør strukturene som gjør at omsorgen får sitt særpreg, det som binder sammen og gir omsorgen betydning. Omsorgsfelleskap har som kjennetegn at man jobber mot et felles mål.

Man får til noe sammen. Omsorgsfellesskapet kjennetegnes også av at det er åpenhet, tilstedeværelse og toleranse. Et omsorgsfellesskap har evnen til å gjøre godt for en annen. Sett fra pasientens side, er omsorgsfellesskap et sted hvor man føler seg sett og føler at den andre er villig til å gjøre noe godt for en. Dette kan være at helsepersonell gjør noe for pasienten slik en ville gjort for sine egne (Eriksson, 1990; Eriksson, 1997).

*Pleiekultur* (caring culture) inneholder hele realiteten som omsorgen utgår fra. Det inneholder lover, regler, tradisjoner, ritualer og aktuelle føringer (Eriksson, 2018; Nystrøm, 2021). Det ethos som er fremtredende i pleiekulturen reflekterer hva som er det grunnleggende, og hva som anses å være rett i den aktuelle pleiekulturen (Eriksson, 1996; Eriksson, 1997). Omsorg er ifølge Wikberg og Eriksson (2008) dannet av kultur, og den fremføres og uttrykkes forskjellig i ulike kulturer. Det overordnede mønsteret for omsorg er gitt av kultur, selv om forskjeller vises. Alle pasienter og pleiere er forskjellige, og pleien må gis med individet i sentrum. Det å gi omsorg for pasienter og å gi sykepleie er forskjellig fra pasient til pasient. Dette fordi alle omsorgsfellesskap er unike og pleiekulturen er forskjellig. Derfor må pasienten ivaretas i et større bilde, som også inkluderer samfunn og familie. Karitativ omsorgsteori sier at omsorg kan komme fra to ulike kilder; spontan eller moderlig kjærlighet. Den spontane som naturlig omsorg. Eller omsorg gitt med moderlig kjærlighet som omsorg med medfølelse og barmhjertighet som kan forstås som profesjonell omsorg (Eriksson, 1997, s. 68). På sykehjem gir helsepersonell det Eriksson (1997) beskriver som profesjonell omsorg. I dette helhetlige synet er også menneskets verdighet og hellighet inkludert (Bergbom et al., 2021). Som mennesker søker en etter et sted som føles som ens eget. Det kan være en personlig plass, og et sted hvor en føler seg respektert, kan være seg selv og hvor verdigheten er ivaretatt (Hilli & Eriksson, 2019).

### 3.4 Åndelighet og åndelig omsorg

Med Erikssons karitative omsorgsteori som teoretisk fundament for avhandlingen, er det å se på mennesket som en enhet en viktig del av åndelighet. Det samme kan sies om at en som helsepersonell skal tilstrebe å hjelpe pasienten med å opprettholde sin enhet (Eriksson, 1996; Erikssons, 1997). I det følgende er fokuset på omsorgsvitenskapelig forståelse av åndelighet og åndelig omsorg. Åndelighet kan forstås som søken etter styrke, mål, mening, relasjoner, livskvalitet eller menneskets forhold til Gud eller annen høyere makt (Sivonen, 2000, 2022). Åndelighet kan forstås som en grunnleggende dimensjon av livet, og kommer til uttrykk når man samhandler med andre (Rykkje, 2016). Åndelighet kan ikke neglisjeres i omsorgen (Sivonen, 2000, 2022). Åndelighet er knyttet til endringer i personens egne opplevelser av lidelse og helse, og kan for de som erkjenner denne dimensjonen være en kraft til indre styrke (Erikssons, 1997; Rykkje et al., 2011). Et menneske kan ha en forståelse, og kan uttrykke åndelighet religiøst og/eller eksistensielt (Eriksson, 1997, s. 69).

Det å ivareta hele mennesket inkluderer at en aksepterer og forstår pasientens åndelighet, uansett hvordan den blir uttrykt. Videre skriver Erikssons (1997, s. 70) at sykepleieren (den profesjonelle) til en viss grad skal kunne kjenne igjen og møte pasientens åndelige behov, uavhengig av sin egen åndelighet og religion. Hvis en skal ivareta åndeligheten til pasienten, kan dette bidra til at en føler seg hel. Når en opplever å føle seg hel, kan dette være en kilde til styrke, og det å føle seg som et helt menneske (Eriksson, 1997, s. 69-70). Ifølge Eriksson (1997) skal alle individer akseptere det menneskelige ansvaret for å hjelpe andre med kjærlighet, og å leve for andres skyld. Dette er fordi alle mennesker er grunnleggende hellige, og er nært knyttet til menneskeverdet (Nystrøm, 2021). Åndelighet berører dypt og kan komme til uttrykk når man samhandler med andre (Rykkje, 2016).

### 3.5 Åndelighet og åndelig omsorg på sykehjem

Åndelighet er viktig for eldre mennesker, fordi det er nært knyttet til å føle en indre fred, ro og opplevelse av helhet (Rykkje & Råholm, 2014). Åndelighet i sykehjem er å gi omsorgsfull omsorg, være til stede og lytte, berøring, og å legge til rette for deltakelse i sosiale aktiviteter. Det kan også være å opprettholde relasjoner, i tillegg til å gi meningsfulle aktiviteter tilpasset den enkeltes ønsker og behov (Rykkje, 2016). Åndelighet for eldre mennesker kan også forstås som en kraft, som kommer til uttrykk både i sorg og glede. Med glede kan en se det åndelige i betydningsfulle møter, musikk eller andre aktiviteter som gir mening for den enkelte. Når den eldre møter sorg, blir religion, barnetro eller det å snakke med presten trukket frem som kilder til trøst (Rykkje, 2014; Rykkje, 2016). På sykehjem i dag er beboerne sykere enn tidligere, og da reduseres også mulighetene og behovet for aktiviteter. Men det som kommer frem er da betydningen av venner, familie eller andre (Rykkje, 2016). Derfor er det å se beboernes åndelighet viktig. Hvis pasientenes åndelige dimensjoner ignoreres, kan verdigheten deres bli krenket. Dette fordi de ikke behandles som hele mennesker (Råholm & Eriksson, 2001). Helsepersonells rolle som omsorgspersoner, kan bli avgjørende når pasienter møter åndelig lidelse (Rykkje et al., 2011). I helhetlig omsorg skal omsorgspersonen akseptere og forstå pasienten. Derfor må sykepleiere og annet helsepersonell møte og gjenkjenne pasientens åndelighet, uavhengig av deres egne religiøse og åndelige oppfatninger (Eriksson, 1996).

Eriksson (1996, s. 42-46) beskriver at mennesket har tre iboende livsrom. Det første rommet består av det fysiske rommet. Her finner man de primære livsfunksjoner som er nødvendige for mennesket. Her kan det være ting som både truer eller fremmer mennesket. Her finner man det fysiske stedet. Stellet er en av de mest intime oppgavene helsepersonell ivaretar. Hvordan en opptrer i stellet og hvordan oppgavene gjøres har mulighet til å ivareta selvfølelse hos beboeren, skape en kontakt og ivareta verdigheten til beboeren (Clarke, 2013, s. 179). Det andre livsrommet er det psykososiale rommet. Her finner man samspillet mellom den enkelte og den andre. Her er familien, mor, far,



søsken, venner, kollegaer o.l. Det siste livsrommet består av det åndelig rommet. Kjernen er den enkeltes relasjon til det abstrakte andre, med andre ord forholdet en har til personlig tro og livssyn. Disse tre livsrommene henger sammen. Det er i disse rommene at pleieren har et omsorgsfelleskap med pasienten og en har mulighet til å tre inn i pasientens livsrom. Summene av de tre livsrommene utgjør menneskets totale spillerom. Det er mellom disse rommene pleieren kan hjelpe pasienten til å få være seg selv (Eriksson, 1996, s. 44-46). Det å få være seg selv er nært knyttet til å føle seg hjemme (at-homeness), har en signifikant mening for mennesket, og kan sees på som et begrep med to deler; seg selv og det å være forbundet (Hilli & Eriksson, 2019; Saarnio et al., 2016). Det å føle seg hjemme med seg selv kan forstås som det å klare seg i hverdagen og å være til nytte. Det å føle seg hjemme kan også forstås som det å være nær til betydningsfulle andre, og det å være i relasjoner hvor en blir bekreftet og føler seg trygg. Det å føle seg hjemme kan også sees rent metaforisk på som det å være hjemme, hvor motsatsen er å føle seg hjemløs (Öhlén et al., 2014).

### 3.6 Oppsummering og relevans for avhandlingen

Omsorg er en naturlig del av livet, samtidig som omsorg er en viktig del av mange yrkesgrupper. I et omsorgsfelleskap mellom pleier og pasient kan det være flere aspekter av lek og ulike typer pleie. På samme tid gir denne relasjonen et stort rom for videre læring for den som utøver omsorgen. Hvilke verdier og hvordan en som profesjonell ivaretar pasienten, avhenger av både kultur, verdier og andre personlige egenskaper. Parallelt med at pleiekulturen på den enkelte avdeling er viktig. For beboere som bor fast på en institusjon, er det svært viktig at en føler seg hjemme. Dette fordi det å føle seg hjemme henger sammen med følelsen av å føle seg sett som person, og å føle seg hel. Hva som gjør at en føler seg hjemme er individuelt. Trygghet, det å kunne gjøre ting selv og å ha noe som er sitt eget anses imidlertid som viktig. For avhandlingen har begrepene vært viktige for å belyse funnene, men også for å sette ord på hva deltakerne beskrev i sine svar i alle de tre delstudiene.

Denne avhandlingen har et teoretisk fundament med forankring i Katie Eriksson karitative omsorgsteori. Med dette så forstår jeg mennesket bestående av kropp, sjel og ånd, med kjærlighet som drivkraft i møtet med andre mennesker. Ethos forstås som det mennesket har iboende hos seg selv, som gjør at en i møte med andre mennesker kan utstråle kjærlighet. Dette er sett på som viktige elementer som tas med videre i avhandlingen. Eriksson beskriver en måte å forstå væren, helse, lidelser og karitativ omsorg. Dette er en teori som er viktig i eldreomsorgen ettersom beboerne en møter har det meste av livet bak seg. Det er mennesker som gjerne må forsone seg, og de er kanskje søkende etter å bli hele, eller å føle seg hele. Ved å tenke med Eriksson, så kan en si at ved å hjelpe den eldre på sykehjem til å føle seg hel og holde enheten sammen, så kan en også berøre mennesket på et dypt nivå og være svært betydningsfull i livet til den eldre.

## 4 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med avhandlingen har vært å bidra til ny kunnskap omkring helsepersonell og pasienter i sykehjem sin forståelse av åndelig omsorg, og å sette søkelyset på hvilke kunnskaper/ferdigheter ansatte i sykehjem trenger for å kunne ivareta beboernes åndelighet. Det overordnede forskningsspørsmålet for avhandlingen er:

*Hva er helsepersonell og beboere på sykehjem sin forståelse av åndelig omsorg, og hvilke kunnskaper/ferdigheter trengs for å romme beboernes åndelighet?*

Avhandlingen bygger på tre delstudier, der hver studie bygger på den neste, se Tabell 1. Funnene fra de tre delstudiene er beskrevet i tre artikler. Målet med kappen er å sammenveve funnene fra de tre artiklene. Begrepene åndelighet og åndelig omsorg er forstått innenfor en sykepleiefaglig kontekst. Avhandlingen ønsker å bidra til omsorgsforskning omkring begrepene åndelighet og åndelig omsorg. Avhandlingen skriver seg inn i en sykepleie- og omsorgsvitenskapelig tradisjon. Avhandlingen er knyttet til doktorgradsprogrammet Diakoni, Verdier og Profesjonell praksis ved Senter for diakoni og profesjonell praksis (SDP) ved VID Vitenskapelige Høgskole.

Tabell 1- Oversikt over studiene

Overordnet forskningsspørsmål	Hva er helsepersonell og beboere på sykehjem sin forståelse av åndelig omsorg, og hvilke kunnskaper/ferdigheter trengs for å romme beboernes åndelighet?		
	Studie 1	Studie 2	Studie 3
<b>Forskningsspørsmål</b>	<i>Hva er helsepersonell sin forståelse av åndelig omsorg i sykehjem?</i>	<i>Hva er beboere sin forståelse av åndelig omsorg i sykehjem?</i>	<i>Hva er helsepersonell sin forståelse av åndelig omsorg, og hvilke læringsbehov har de relatert til denne omsorgsdimensjonen?</i>
<b>Datamateriale</b>	Individuelle intervju (I) og fokusgruppeintervju (FG)	Individuelle intervju med hjelp av FACIT-SP-12 og to åpne spørsmål	Skiftlige svar fra fem åpne spørsmål
<b>Deltakere</b>	8 helsepersonell (I) 5 helsepersonell (FG)	38 beboere	35 helsepersonell
<b>Fortolkning</b>	Kvalitativ innholdsanalyse Hermeneutikk	Hermeneutikk	Tematisk analyse Hermeneutikk

## 5 Metodologi og metoder

I dette kapittelet blir studiens metodologi og metoder presentert. Metode og metodologi er to begrep som ofte brukes om hverandre. Ifølge Haverland og Yanow (2012, s. 401) kan imidlertid metodologi forklares som «*ways of knowing or logics of inquiry*», mens metode blir forstått som verktøy og teknikker en bruker for å utføre forskningen. Det er forskningsspørsmålet som er den ledende komponenten når en skal velge metode og metodologi for en studie (Haverland & Yanow, 2012). I det følgende introduseres den metodologiske forankringen for studien med bakgrunn i forskningsspørsmålet. Videre vil metoder og fortolkninger som er gjennomført i de ulike studiene bli beskrevet.

Omsorgsvitenskaplig tradisjon, som avhandlingen er en del av, er i sin natur grunnleggende hermeneutisk med den filosofiske hermeneutikken som metodologisk ståsted (Nystrøm, 2021). Filosofisk hermeneutikk har derfor blitt brukt. I sykepleieforskning kan hermeneutikk åpne opp for en dypere forståelse for omsorgens verden. Hermeneutikken har vært til hjelp med å fortolke den skrevne teksten fra intervjuene og de skriftlige svarene. Det har gitt mulighet for fortolkning av hvordan ansatte og beboere i sykehjem beskrev sin forståelse med og av åndelig omsorg. Studien er en kvalitativ studie, hvor hermeneutikk er valgt som metodologisk ståsted og Erikssons humanvitenskapelige tenkning er valgt som studiens teoretiske perspektiv. Gadamer's filosofiske hermeneutikk har blitt brukt i sykepleieforskning i flere tiår (Ali & Abushaikha, 2019; Pascoe, 1996). Hermeneutikk er valgt da det egner seg svært godt til å utforske sykepleiefenomener. Dette fordi vi mennesker forstår og opplever verden ved å fortolke og forstå (Gadamer, 2010). Her er menneskets forforståelse og mulighet for fortolkning helt essensielle. I det følgende støtter jeg meg til min forståelse av den filosofiske hermeneutikken presentert av Gadamer i «*Sannhet og metode*» (Gadamer, 2010).

### 5.1 Gadamer's filosofiske hermeneutikk

Gadamer er en av de mest kjente navnene innenfor hermeneutikken. Gadamer videreutviklet det Heidegger (1889-1976), hans læremester, hadde skrevet i sin bok «*Sein und Zeit*» (1927). Gadamer (2010) på sin side kalte sin bok «*Sannhet og metode*», som kan oppleves som underlig. Dette fordi Gadamer selv var kritisk til måten noen tenkte på metode innen humaniora. Gadamer var kritisk til måten positivismen hadde gjort mennesket til et objekt. Gadamer binder ikke kunnskapsbegrepet til en bestemt metode eller ett spesielt sett med læresetninger. Han åpner dermed heller opp for en bredere tolkning. Gadamer (2010) mente at hermeneutikk var mer enn en metode. Det var en måte å være i verden på, en filosofisk teori som kunne forklare hva som skjer i oss og med oss når vi forstår. Gadamer ønsket å forklare fenomenet «*forståelse*», som han

fremhever som grunnleggende i alle mennesker, for å forstå hvilke historiske kontekster, tradisjoner og kulturer en deltar i (Gadamer, 2010, s. 21-25). Derfor fikk boken «*Sannhet og metode*» undertittelen «*filosofisk hermeneutikk*», ettersom det ikke er en metodebok, men en bok med grunntrekkene til filosofilæren hans (Gilje, 2019, s. 151).

Hermeneutisk tolkningsarbeid søker å finne en dypere mening eller sammenheng i tekster, kunst eller andre kulturuttrykk. Tolkning sett med hermeneutiske briller betyr å gjøre noe forståelig som før var uforståelig eller uklart (Gilje, 2019, s. 11). For å beskrive hvordan Gadamers Filosofiske hermeneutikk er tatt i bruk i studien, vil begrepene «*forståelseshorisont*», «*språket og den hermeneutiske samtalen*», «*dialog med tekst*» og «*fortolkning som hendelse og applikasjon*» bli beskrevet.

### 5.1.1 Forståelseshorisont

Forståelseshorisonten inneholder virkningshistorie, forforståelsen og fordommer. Her kan virkningshistorien forstås som vårt historiske ståsted. Dette er avhengig av hva som oppleves viktig, sett med våre briller. Denne virkningshistorien deler man med andre fra samme historiske epoke og kultur (Gadamer, 2010; Rykkje & Ueland, 2022). Forforståelsen er ifølge Gadamer, «*den viktigste av de hermeneutiske betingelsene*» (Gadamer, 2010, s. 332-333). Det å være seg bevisst sin egen forforståelse, ser Gadamer på som helt essensielt i en forståelsesprosess. Det er forforståelsen som setter grenser for vår forståelseshorisont. Sammen med virkningshistorien og forforståelsen kommer fordommene våre. Gadamer (2010, s. 307-308) beskriver at begrepet fordom ikke er et negativt ladet ord, snarere et positivt anliggende. Fordommene hjelper oss til å forstå, og at en da har anledning til å vurdere positivt eller negativt om noe (Gadamer, 2010, s. 307-308).

For å forklare de tre elementene av vår forståelseshorisont, kan en se på forskeren i en studie. Forskeren vil aldri tolke uavhengig og fritt. Forskeren vil tolke svar som en får i en intervjusituasjon med bakgrunn i sin egen forforståelse, sin virkningshistorie og sine fordommer. Forståelseshorisonten er med andre ord erfaringer, forforståelse og forestillinger som forskeren har med seg inn i studien. Gjennom arbeidet med avhandlingen har derfor min forforståelse vært sentral.

Når man ønsker å forstå noe må en være åpen til hva teksten sier. Studien består av transkripsjon av tekst fra intervjuer og åpne spørsmål. I fortolkningsprosessen har det derfor vært viktig å være bevisst på min egen forforståelse (Gadamer, 2010, s. 305-307). For å kunne vise at forskningen er gjort redelig og rett, må den gjøres transparent. Det er derfor nødvendig at forskerens forforståelse blir tydelig adressert og at fortolkningen er tydelig forklart (Austgard, 2012).

Jeg er sykepleier, eller nærmere bestemt geriatrik sykepleier med master i tjenesteutvikling til eldre. Min historie og de erfaringene jeg har fra tiden på ulike sykehjem og sykehus, utgjør en essensiell del

av min forforståelse for åndelig omsorg. Min forforståelse er tett knyttet til min kliniske bakgrunn. I løpet av de tre siste årene har jeg flere ganger satt meg ned og formulert min forståelse av hva åndelighet og åndelig omsorg rommer for meg. Dette dokumentet, som jeg har skrevet i flere ganger, har vært et uvurderlig verktøy for å se min egen forståelse og belyse min reise i forståelse. Det har hjulpet meg å reflektere over hvordan min forståelse har fulgt meg gjennom min forskningsreise og gradvis utviklet seg. Da jeg begynte som stipendiat i juni 2020, hadde jeg begrenset kjennskap til begrepet, men jeg visste at åndelig omsorg var viktig for pasienten. Gjennom stipendiatperioden har begrepet modnet, blitt stadig tydeligere og naturlig smeltet sammen med mitt liv. Jeg har vokst, både som enkeltperson og som forsker, gjennom denne perioden. For meg har derfor denne reisen vært viktig både akademisk og personlig. Flere ganger har jeg kjent på det som Gadamer beskriver som å komme til en lysning i skogen – et øyeblikk av innsikt som har latt meg se dypere og forstå mer (Gadamer, 2010, s. 12). Det jeg har forstått er blitt anvendt i mitt liv, og applikasjon er, ifølge Gadamer en viktig del av forståelsen (Gadamer, 2010, s. 373).

Gjennom det å være bevisst min egen forforståelse og kle denne i ord, opplever jeg at den har hjulpet meg til å forstå *mer*. Jeg forstår nå åndelig omsorg på en annen måte, og besitter dypere innsikt enn jeg hadde tidligere. Gjennom denne reisen har jeg vært bevisst på at for meg handler åndelighet om mer enn religion. Det inneholder et langt bredere spekter. Den tydelige religiøse konnotasjonen som ofte knyttes til begrepet i den norske sammenhengen, har til tider vært utfordrende for meg. Derfor brukte jeg i de to første årene av stipendiatperioden «*åndelig og eksistensiell*» om begrepet. Det har imidlertid skjedd en forandring i meg det siste året. Nå forstår jeg åndelighet som overbærende med det eksistensielle om en viktig del av det åndelige, men det åndelige kan stå for seg selv. En stor hjelp og viktig innflytelse for min forståelse av åndelighet og åndelig omsorg har vært å diskutere og reflektere med kollegaer og andre forskere både nasjonalt og internasjonalt.

### 5.1.2 Språket og den hermeneutiske samtalen

Gadamer beskriver at språket gir mulighet til forståelse, da man kan tre inn i meningsrommet i teksten (Gadamer, 2010). Gjennom å være sammen i språket, trer samtalen kraft frem. Som forsker har jobben min vært å fortolke, forstå og skape mening ut fra datamaterialet. Antagelsen i studiene har hele tiden vært at helsepersonell og pasienter har mulighet til å uttrykke seg språklig omkring sine tanker og refleksjoner om åndelig omsorg. Derfor kan teksten forstås ut fra dens egne premisser. Det vil si at tekstens betydning er hva teksten sier om *saken* (Gadamer, 2010, s. 427). Når en forsker forstår teksten og tolker den, trer vedkommende inn i meningsrommet til teksten. Dette kaller Gadamer for å «gå i dialog med teksten», supplert med grunnsetningen som Gadamer beskriver at

Dilthey overførte til den historiske verden; «*man må forstå en tekst ut fra seg selv*» (Gadamer, 2010, s. 329).

### 5.1.3 Tekstfortolkning som dialog med teksten

I den filosofiske hermeneutikken tolker en og kommer til en ny forståelse gjennom den hermeneutiske sirkel. Gadamer forklarer den hermeneutiske sirkel som en horisontsammensmelting i en sirkulær prosess. Denne måten å ha dialog med materialet som en undersøger, fører til en horisontsammensmelting hvor en ny felles forståelse oppstår (Gadamer, 2010, s. 341-343). Forskeren må være bevisst på at hver del av teksten skal sees i sammenheng med helheten. En må derfor alltid være åpen til teksten gjennom hele prosessen. Ved å tolke fra helhet til del, vil en etter en stund få en dypere forståelse for delene i lys av helheten (Gadamer, 2010, s. 331-332). I avhandlingen er den hermeneutiske sirkel blitt brukt i fortolkning av tekst. Dette ved å se på deler av datamaterialet opp mot helheten. Helheten kan være det komplette materialet, alle intervjuene eller hele sykehjemmets kontekst, og helheten som de ansatte arbeider i. Når man skal lære seg et nytt språk, lærer man først noen ord før man setter disse sammen til setninger. En må da forstå delene før det settes sammen til en helhet, likevel går en fra ord til ord, tilbake til helheten – en full setning (Gadamer, 2010, s. 424). Slik er det også med fortolkningen av datamaterialet til avhandlingen. Hver del av hvert intervju er nøye sett opp mot helheten. Dette er gjort i en sirkulær bevegelse, hvor jeg har gått fra delene. Dette kan være fra en setning, og tilbake til intervjuet som helhet. Målet med teksttolkning er nemlig å utvide det man forstår som i konsentriske sirkler, hvor da kriteriet for forståelse er at delene er samstemte med helheten (Gadamer, 2003, s. 33). Gadamer skriver videre at forståelsen også på sin side kan mislykkes hvis det ikke er en samklang mellom delene i helheten. Det er likevel vesentlig å si at denne sirkulære prosessen ikke skal sees på rent metodisk, men det er «*et ontologisk strukturmoment i forståelsen*» (Gadamer, 2010, s. 331).

### 5.1.4 Fortolkning som hendelse og applikasjon

Når man forstår noe, vil man automatisk anvende eller applisere det i eget liv (Gadamer, 2010, s. 348). Applikasjon, fortolkning og forståelse er, ifølge Gadamer tre like sentrale deler av forståelsen. Fordi når en forstår og fortolker, så vil en alltid anvende dette i sin kontekst (Gadamer, 2010). Dette kan forstås i denne avhandlingen som implikasjoner for praksis. Her ser en hvordan forståelsen av tema kan tas tilbake til praksis.

## 5.2 Studiens kvalitative inngang

Studien har en kvalitativ tilnærming med siktemål å forstå åndelig omsorg og læringsbehov knyttet til denne dimensjonen av omsorg. Med sin kvalitative natur og ønske om en dypere forståelse, plasserer

studien seg derfor inn i et fortolkende paradigme (Malterud, 2017, s. 27). Avhandlingens forskningsprosess er skissert på side 25. Avhandlingen har en kvalitativ inngang med tre ulike måter å samle data, samt tre ulike fortolkningsmåter med en overordnet hermeneutisk metodologi. I delstudie 1 er det gjort individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer av ansatte på sykehjem, som fortolkes ved hjelp av innholdsanalyse. Delstudie 2 utforsker sykehjemsbeboeres forståelse av åndelig omsorg ved hjelp av individuelle intervjuer. Dette gjøres ved hjelp av to åpne spørsmål og FACIT Sp-12 (et standardisert spørreskjema) som intervjuguide (FACIT, 2023; Haugan, 2015). Datamaterialet for delstudie 2 er fortolket ved hjelp av hermeneutisk dialog mellom lesing av hvert intervju sett opp mot temaer som steg frem. Forskerne i denne studien møttes regelmessig og diskuterte hva som hadde steget frem hos hver enkelt. Delstudie 3 utforsker helsepersonells forståelse av åndelig omsorg og deres læringsbehov knyttet opp mot dette temaet ved hjelp av fem åpne spørsmål som deltakerne besvarte skriftlig. Fortolkning av datamaterialet i delstudie 3 ble gjort med tematisk analyse med Braun et al. (2022) sine seks faser. NVivo er brukt som dataprogram i delstudie 1 og 2, da dette gir en analytisk fordel ved store datamaterialer som i delstudie 2 (Dalen, 2011).

Innenfor et hermeneutisk tankesett, er det fortolkningen som kan by på utfordringer for uerfarne forskere. Dette fordi det ikke er et sett med regler som veileder fortolkningsprosessen (Austgard, 2012). Likevel mener Gadamer at en må jobbe mot struktur og nøyaktighet når en fortolker en tekst (Gadamer, 2010, s. 423-429). Fortolkningen av datamaterialet fra de tre delstudiene har flere fellestrekk, da det overordnet er brukt en hermeneutisk metodologi. Likevel er det gjort noe annerledes fra delstudie til delstudie. Bruk av ulike fortolkningsteknikker vil bli diskutert i forbindelse med styrker og begrensninger i kapittel 8. Datamaterialet til de tre delstudiene er transkribert tekst fra individuelle intervjuer og fokusgruppeintervju, samt deltakernes skriftlige svar på fem åpne spørsmål. Alle intervjuene ble gjennomført på sykehjemmet. Alle intervjuene i delstudie 1 og 2 er transkribert ordrett. Jeg har i delstudie 1 transkribert alt selv. I delstudie 2 delte de fire forfatterne på transkriberingen, og i delstudie 3 skrev deltakerne selv. Det er anbefalt at forskeren selv transkriberer materialet, da dette gjør en bedre kjent med materialet (Dalen, 2011). Med bakgrunn i det store datamaterialet i delstudie 2, delte imidlertid forskeren på denne jobben.

### 5.2.1 Delstudie 1

I delstudie 1 er det gjort individuelle intervjuer og fokusgruppeintervju med helsepersonell på sykehjem. Siktemålet er en dypere forståelse for hvordan helsepersonellet forstår begrepet åndelig omsorg. Intervju som teknikk egner seg når man søker å finne erfaringer, opplevelser og forståelse av et tema (Polit & Beck, 2021). Det ble laget en felles intervjuguide for fokusgruppeintervjuet og de individuelle intervjuene (Vedlegg og Tabell 2). Det ble laget åpne spørsmål, mer som stikkord for

samtale, slik at intervjuene ble semistrukturerte. Semistrukturerte spørsmål egner seg når man ønsker å forsikre seg om at et visst tema er dekket (Polit & Beck, 2021). Deltakere som kommer til et intervju, vil aldri stille helt blanke. De har med seg sin forståelseshorisont. Ifølge Gadamer er forståelsen den grunnleggende måten for mennesket å være i verden. Det å «være» er å forstå (Gadamer, 2010). I likhet med deltakerne har jeg som forsker hatt min forståelseshorisont med inn i intervjusituasjonen. Derfor har dette blitt reflektert omkring og blitt tatt hensyn til i intervjuet, under fortolkningsarbeidet og når sluttproduktet skrives.

#### *5.2.1.1 Individuelle intervjuer*

Det ble valgt at individuelle intervjuer var en egnet teknikk for å samle data. Dette var med bakgrunn i en antagelse om at dersom noen helsepersonell i utvalget ikke visste hva åndelig omsorg var, ville det være ukomfortabelt for dem å snakke om temaet i et fokusgruppeintervju. Individuelle semistrukturerte intervju ble valgt, da dette passer når det er et tema en ønsker å få med i et intervju. Semistrukturerte intervju har en intervjuguide, med spørsmål innenfor tema som en ønsker å spørre deltakerne om (Polit & Beck, 2021, s. 514). Spørsmålene i intervjuguiden ble laget med en logisk oppbygning. Mål var å få deltakerne i intervjuene til å slappe av, og å ha en åpen dialog (Polit & Beck, 2021, s. 514).

På bakgrunn av delstudiens inklusjonskriterier – som var at deltakerne skulle være fast ansatte – var det i tillegg et ønske å få deltakere med bakgrunn fra forskjellige profesjoner, erfaringsområder og kulturer. Dette for at deltakerne ikke skulle være for homogene i gruppesammensetning. Det var en antagelse om at ved å ha vekt på mangfold hos deltakerne, kunne dette gi mulighet for ny kunnskap (Malterud, 2017, s. 59). Sykepleiefaglig leder ved sykehjemmet hjalp til å rekruttere åtte deltakere. Rekrutteringen startet i desember 2020. På grunn av covid-19 og besøksrestriksjoner i sykehjem, ble alle intervjuene gjennomført i løpet av to uker i januar 2021 med strenge smitteverntiltak som bruk av munnbind og minimum tre meters avstand. Det var to sykepleiere, fire helsefagarbeidere, en ergoterapeut og en assistent. En mann og syv kvinner ble intervjuet.

*Tabell 2 Eksempel på spørsmål fra de individuelle intervjuene og fokusgruppen*

1. Har du hørt om åndelig omsorg?
2. Hvordan gir du omsorg til pasientene dine?
3. Har du noen erfaring med åndelig omsorg?
4. Tenker du at åndelig omsorg er viktig for pasienter i sykehjem? Hvorfor/ hvorfor ikke?
5. Ut fra din forståelse av åndelig omsorg, hva er det viktigste helsepersonell kan gjøre for å ivareta pasienten åndelig behov?



### 5.2.1.2 Fokusgruppeintervjuer

Ved hjelp av et strategisk utvalg ble personer med nøkkelfunksjoner på sykehjemmet rekruttert av sykepleiefaglig leder til fokusgruppen (Krueger & Casey, 2015, s. 79-80). Ifølge Krueger og Casey (2015) kan det være hensiktsmessig å bruke en kjent person i organisasjonen når en skal rekruttere fra en organisasjon. Derfor ble sykepleiefaglig leder brukt som ansvarlig for å samle fokusgruppen. Ønsket med det strategiske utvalget var å ha ledere ved sykehjemmet, frivillighetskoordinator, en sykepleier og sykehjemspresten i denne fokusgruppen.

Ønsket var å ha deltakere som visste hva åndelig omsorg var, og dermed hadde mulighet til å beskrive det. Og antagelsen var da at dette var ledere ved sykehjemmet og presten (Krueger & Casey, 2015, s. 79). Intervjuguiden er den samme som ble anvendt i de individuelle intervjuene. Under fokusgruppen var jeg moderator med mål om å moderere samtalen slik at den ble relevant og gjort på en respektfull måte, slik at alle i gruppen ble hørt (Cheek et al., 2023, s. 130). Det er anbefalt at en under fokusgrupper har med en ekstra person som kan ta notater og komme med eventuelle spørsmål. Dette fordi moderator har nok med å gjennomføre og fasilitere intervjuet (Cheek et al., 2023, s. 130). En kollega hjalp derfor til som co-moderator under fokusgruppen. Hun skrev notater og kom avslutningsvis med noen oppfølgingsspørsmål.

### 5.2.1.3 Fortolkning

I delstudie 1 var hensikten å undersøke sykehjemsansattes forståelse for hva åndelig omsorg kan romme. Det transkriberte datamaterialet fra intervjuene ble først lest grundig flere ganger. Datamaterialet var da i NVivo. Bengtsson (2016) guide for innholdsanalyse og Graneheim og Lundman (2004) sitt rammeverk for kvalitative innholdsanalyse ble brukt. Dette fordi jeg syntes det var vanskelig å starte fortolkningsarbeidet uten en «*oppskrift*». De første gjennomlesningene ble gjort og de første fortolkningene ble nedskrevet. Dette var «*åpen koding*». Videre ble meningsenheter i hver transkripsjon identifisert og kodet til foreløpige tema. Etterpå ble meningsenhetene kondensert ved hjelp av en latent struktur<sup>13</sup> med fortolkning av enhetene for å beskrive deres underliggende meninger (Bengtsson, 2016). Deretter ble de latent kondenserte meningsenhetene overført til tema og undertema. Videre ble tema og undertema diskutert med alle forfatterne, og dette ble gjort flere ganger i fortolkningsprosessen. De utvalgte temaene ble så skrevet sammen til en hel tekst. Som en del av en hermeneutisk fortolkningsprosess, ble alle temaene tatt frem igjen, inkludert det som ble forkastet. Dette for å sikre at ikke noe vesentlig var falt vekk. Ved å gå fra helhet til del gjennom hele prosessen, har hermeneutikken vært til hjelp for å tolke på et latent nivå. På denne måten opplevde

---

<sup>13</sup> Latent analysis, Deep structure. "What intended to be said?" (Bengtson, 2016).

jeg at vi klarte å tolke hva som var blitt sagt og hvilken hensikt dette ble sagt i. Til slutt gjensto det ett hovedtema og fire undertema. Vi valgte å presentere dette som fire hovedtema i artikkelen, men med en sentral overskrift: «*Hvordan forstår helsepersonell åndelig omsorg?*». Refleksjonen etter de første intervjuene var den samme som etter fortolkningsarbeidet. Hva er forskjellen mellom god omsorg og åndelig omsorg? Dette spørsmålet steg frem tidlig i prosessen og har fulgt meg gjennom hele arbeidet med avhandlingen.

### 5.2.2 Delstudie 2

I delstudie 2 er det gjort individuelle intervjuer med sykehjemsbeboere fra et stort og nytt langtidssykehjem med 90 beboere. Sykehjemmet hadde 50 senger for somatisk syke eldre og 40 senger for personer med demens. Målet med delstudien har vært å forstå hvordan beboere forstår og erfarer åndelig omsorg i sykehjem. Innledningsvis – før intervjuene – møttes forskerne og sykehjemsledelsen for å sikre en felles forståelse av hvem vi ønsket å invitere og på samme tid beskrive hvem som ikke kunne delta i studien. Inklusjonskriteriet var at en kunne holde en samtale om åndelig omsorg. Eksklusjonskriteriet var hvis en på grunn av kognitive eller fysiske utfordringer ikke kunne klare å gjennomføre en samtale. Da ble pasienten ekskludert. Avdelingslederen på hver avdeling spurte de deltakerne de tenkte kunne passe med tanke på inklusjonskriteriene. Etter at deltakerne fikk invitasjonen, snakket forskeren med beboeren. Intervjuene ble gjort av fire forskerne i oktober 2021, men på grunn av covid-19-restriksjoner ble flere intervjuer utsatt og gjort i februar 2022.

#### 5.2.2.1 Individuelle intervjuer

Individuelle intervjuer ble valgt som metode da dette egner seg for å få frem beboernes stemme og forståelse av temaet (Cheek et al., 2023, s. 140). Det ble spurt to åpne spørsmål om trivsel og åndelig omsorg. I tillegg hadde vi fått tillatelse til å bruke FACIT-sp-12 versjon 4 på Norsk (FACIT, 2023; Haugan, 2015). Dette er et spørreskjema med 12 spørsmål som egner seg for bruk under intervju. Dette var brukt tidligere på sykehjem i Norge, men det var aldri brukt med personer med demens (Haugan, 2015). Derfor ønsket vi å teste dette spørreskjemaet under intervju på en representativ del av dem som bor på sykehjem.

Det var totalt 90 beboere på sykehjemmet. 48 ble invitert til å delta i intervju, og 10 takket nei. Det ble derfor gjennomført 38 intervjuer. Blant deltakerne hadde 24 en demensdiagnose. Det var 24 kvinner og 14 menn. Deltakerne ble fortalt at de kunne svare på de spørsmålene de ønsket, og intervjuer brukte god tid på å la deltakerne svare. Forskerne møttes jevnlig underveis for å kalibrere oss med tanke på hvordan intervjuene hadde gått og hvilke ord vi brukte. Det var enighet om at vi

måtte være ekstra oppmerksomme på hvordan pasienten hadde det. Ble de slitne, skulle vi gi oss. Spørsmålene måtte stilles tydelig, og en måtte snakke høyt under intervjuene. Vi hadde i bakhodet at dette var pasienter på sykehjem, med det dette innebærer av sykdom og kognitiv svekkelse. Intervjuene ble gjort på sykehjemmet, og de varte fra 15–35 minutter. Flere deltakere hoppet over spørsmål som var vanskelige å svare på. Ca. halvparten av deltakerne svarte på alle spørsmålene, mens andre svarte på noen av dem. Det å bruke et FACIT-Sp-12 under intervjuene var nyttig. Spørsmålene ble som et springbrett til å la deltakerne åpne seg, og førte til refleksjon over levd liv for flere av deltakerne.

#### *5.2.2.2 Fortolkning*

Fortolkningsarbeidet med delstudie 2 ble gjort av de fire forfatterne av artikkelen sammen. Vi møttes ukentlig under hele prosessen. Alt materialet ble lagt i NVivo i en felles fil som alle hadde tilgang til. Målet med fortolkningen var at det skulle være en hermeneutisk dialog hvor prosessen gjorde at en sammen kom til en gjensidig forståelse (Gadamer, 2010, s. 425). Arbeidet startet med at alle forfatterne møttes og diskuterte hvordan vi skulle lese materialet. Arbeidet besto i å dele hvert transkriberte intervju og diskutere det opp mot helheten. Temaer steg frem og ble diskutert sammen. Hvert intervju ble lest igjen for å se at en ikke hadde gått glipp av noe. Vi arbeidet nå med å se på de nye funnene som helhet, som ble sett opp mot hver intervjutekst. Dette ble gjort av alle forfatterne, og var en del av den hermeneutiske sirkel.

Den deskriptive analysen av de kvantitative dataene fra FACIT-SP-12 ble i artikkelen presentert med sum score, gjennomsnitt, standardavvik og missing data. Analysen er gjennomgått av statistiker. Målet med bruk av FACIT-SP-12 var å teste skjema på en representativ sammensetning av sykehjemsbeboere.

#### *5.2.2.3 Mitt bidrag til delstudie 2*

For å vise troverdighet vil jeg beskrive mitt arbeid med artikkel 2, hvor jeg ikke er førsteforfatter. Som andreforfatter på studien har jeg vært delaktig i alle deler av prosessen unntatt planlegging og søking til REK, se mer i vedlegg «*Pandemiens påvirkning på forskningsprosessen*». Mitt bidrag inn i arbeidet har vært intervju av beboere, fortolkning og delaktig i å skrive artikkelen. Og når arbeidet med artikkelen tok form, har jeg vært aktiv med tanke på bruk av teori, og å ta inn elementet om at-homeness som begrep. Jeg var også aktiv med fortolkning, skriving av metode og abstrakt, og delaktig i diskusjon og refleksjon. Jeg føler derfor eierskap til artikkelen og til delstudien som helhet.

### 5.2.3 Delstudie 3

For å få en forståelse av hvordan ansatte ved sykehjemmet beskrev åndelig omsorg og deres læringsbehov, ønsket vi at de skulle skrive svar på fem spørsmål i Nettskjema. Dette skulle være et kreativt supplement. For at spørsmålene en stiller deltakerne skal være praksisnære, kan det være lurt å utvikle disse sammen med de som kjenner til settingen hvor spørsmålene skal stilles (Polit & Beck, 2021, s. 51). Derfor er spørsmålene utformet ved hjelp av to fokusgrupper. Sykepleierfaglig leder samlet to grupper med ulike personer som vi i samråd mente ville være et strategisk utvalg (Krueger & Casey, 2015, s. 79-80). Den ene fokusgruppen besto av tre sykepleierstudenter som hadde praksis ved sykehjemmet. Den andre gruppen besto av sykehjemspresten, frivillighetskoordinatoren, en sykepleier, en hjelpepleier og en leder ved sykehjemmet. Sammen utformet fokusgruppene spørsmålene som de ansatte ved sykehjemmet skulle svare på.

Ettersom deltakerne i de individuelle intervjuene i delstudie 1 er fra samme sykehjem som delstudie 3, er det mulig at deltakere har svart i begge studier. Siden delstudie 3 var anonym, er det ikke mulig å vite dette.

#### 5.2.3.1 Åpne spørsmål

Fordelen med åpne spørsmål er nettopp det at deltakerne kunne svare anonymt. De kunne også få skrive fritt og ikke tenke på å svare «riktig». Med tanke på at temaet kan være vanskelig for enkelte å snakke om, var dette et godt valg for å få et bredere utvalg av deltakere. Ved at deltakerne svarer selv, er det ikke noen mulighet for at jeg som intervjuer tilegner de noen meninger eller tanker som de ikke har hatt. Det er tidsbesparende å få meningen i et skjema, fremfor å ha individuelle intervjuer (Polit & Beck, 2021). Denne måten å samle data på var helt klart et godt alternativ, da sykehjemmet var nedstengt på grunn av covid-19 store deler av tiden da datamaterialet skulle samles.

De åpne spørsmålene ble sendt ut til alle som hadde pasientkontakt ved sykehjemmet. 107 stykker totalt fikk spørsmål tilsendt til sin jobb-e-post. Det var 35 ulike helsepersonell som svarte på de åpne spørsmålene. Dette var ansatte med ulik profesjonell, erfaringsmessig, kulturell og religiøs bakgrunn. Det var 8 sykepleiere, 13 helsefagarbeidere/hjelpepleiere, 4 med annen helsefaglig bakgrunn (ergoterapeut, vernepleier), 6 assistenter, 1 student (ikke helsefag) og 2 som hadde krysset av på annet. Disse representerer på en god måte sammensetningen som er vanlig på sykehjem i dag.

#### 5.2.3.2 Fortolkning

Svarene til deltakerne fra Nettskjema ble fortolket ved hjelp av de seks fasene i tematisk analyse, beskrevet av Braun et al. (2022). Den første fasen består av å lese materialet og bli kjent med det

(Braun et al., 2022, s. 42-43). Her leste alle tre forfatterne materialet flere ganger. Fase to består av å kode materialet. Her laget alle tre forfatterne hver sine koder, og her var vi åpne (Braun et al., 2022, s. 59-61). For å skape en dialog med teksten, gjorde alle tre forskerne sine første tolkninger alene før vi møttes. På denne måten ble alle tre sin forståelseshorizont identifisert før vi møttes for å diskutere kodene. Deretter, i fase tre, ble bredere koder laget før alle tre møttes for å diskutere tema (Braun et al., 2022, s. 78). Etter dette leste jeg materialet flere ganger og endret tema og koder. Nå skrev jeg ut materialet og brukte markeringstusj med forskjellige farger for å lage ulike tema av kodene. Ettersom, i den fjerde fasen, ble temaene videreutviklet, diskutert og gjennomgått av alle forfatterne (Braun et al., 2022, s. 97). Femte fase besto av å redefinere, navngi og ytterligere spisse tema (Braun et al., 2022, s. 108). Den siste fasen besto av å lese datamaterialet igjen og skrive ut funnene for å se at disse svarte på forskningsspørsmålet (Braun et al., 2022, s. 118). Til slutt sto fire hovedtema igjen. Det ble nå tydeligere hvordan de ansatte forsto åndelig omsorg. En ny forståelse av ansattes læringsbehov steg frem i dialog med teksten.

### 5.3 Etske overveielser

Gjennom forskningsprosessen har lov for organisering av forskningsetisk arbeid, de generelle forskningsetiske retningslinjene og Helsinkideklarasjonen blitt fulgt (Association, 2013; De Nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019; Forskningsetikkloven, 2017). Dette er gjort ved at ulike prinsipper – som informert samtykke, konfidensialitet, integritet, gode konsekvenser, respekt, rettferdighet, gjensidighet og tillit – har preget forskningsprosessen og møtet med deltakerne (Cheek et al., 2023; De Nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019; Hummelvoll et al., 2010, s. 25-26). Delstudie 1 og 3 ble godkjent hos NSD, nå SIKT (SIKT,681064). Delstudie 2 ble godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, 2568105). Før delstudie 2 møttes sykehjemsledelsen og forskere for å sikre en felles forståelse for hvilke beboere som kunne inkluderes og hvem som måtte bli ekskludert. Avgjørelsen om hvilke beboere som ble inkludert, ble gjort av ansatte som kjente beboerne. Deltakelse til studien var frivillig, og informasjon om studien og at en kunne trekke seg ble gitt til alle deltakerne i de tre studiene. Forskerne i delstudie 2 hadde alle erfaring fra sykehjem og god kompetanse omkring demens. Samtalen ble gjort på beboernes premisser og behov for pauser, repetisjon, tydelig tale og forklaringer ble gitt. Eksempelvis ble alle FACIT-Sp-12 spørsmålene med et scoringsark skrevet ut med store bokstaver. Dette ble gjort med ønske om at det skulle bli lettere for deltakerne å svare. Under intervjuene var vi oppmerksomme på hvorvidt deltakerne følte seg ukomfortable, og vi så etter tegn på om vi eventuelt skulle stoppe. Beboerne fikk spørsmål om det var noe de ønsket at vi formidlet til sykehjemspersonalet. De fikk også tilbud om samtale med sykehjemspresten eller noen fra personalet som de kjente.

Alle deltakerne i de tre studiene var frivillige. Et informert samtykke er grunnleggende for all deltakelse i forskning, og det skal gis uten ytre press. Et informert samtykke er når deltakerne sier ja til å bli med i studien, og dette fordrer at de vet at de samtykker og hva de samtykker til (Cheek et al., 2023, s. 29). Alle deltakerne i alle studiene skrev under et skriftlig informert samtykke (se vedlegg) eller krysset av i Nettskjema (delstudie 3). Det var ingen pasienter på sykehjemmet som hadde i sin journal at de ikke var samtykkekompetente. Vi diskuterte også fortløpende hvordan vi opplevde at bruk av samtykkeskjema fungerte. Frivilligheten i alle tre studiene er knyttet til at de når som helst og uten grunn kunne trekke seg fra studien. Det ble i intervjuene vektlagt at de kunne velge å ikke svare på spørsmålene. Informasjon om studien, og hvilken nytte og risiko det var for deltakerne, ble beskrevet muntlig før intervjuet. Det ble også beskrevet i samtykket. Dette er nødvendig for at deltakerne skal oppleve tillit til studien (Hummelvoll et al., 2010, s. 27-28). Alle gjenkjennbare data om helsepersonell og beboere er anonymisert. Bruken av pseudonymer i artiklene er gjort for å gi leseren innsikt i hvordan empirien ble anvendt, med ambisjon om å sikre transparens (Tjora, 2021, s. 250). Alt transkribert materiale er oppbevart på VID sin egen forskningsserver og alle samtykker er oppbevart innelåst.

## 6 Presentasjon av funn

Funnene fra avhandlingen er presentert ved hjelp av tre artikler. Artikkelen vil først bli presentert hver for seg, med samlede funn til slutt. Artikkelen svarer på det overordnede forskningsspørsmålet for avhandlingen, og funnene beskriver ulike måter å forstå begrepet åndelig omsorg på. Artikkel tre tar også for seg hvilke læringsbehov ansatte har med tanke på å ivareta pasientens åndelighet. Målet med artikkelen er samlet sett å få en dypere forståelse for begrepet åndelig omsorg, sett ut fra hverdagen i sykehjem.

### 6.1 Artikkel 1

Morland, M., McSherry, W., & Rykkje, L. (2022). Understanding Spiritual Care—Perspectives from Healthcare Professionals in a Norwegian Nursing Home. *Religions*, 13(3), 239.

I artikkel 1 ble følgende forskningsspørsmål stilt: «Hva er helsepersonell sin forståelse av åndelig omsorg i sykehjem?».

Ved hjelp av kvalitativ metode med åtte individuelle intervjuer og en fokusgruppe bestående av helsepersonell fra et sykehjem i Norge, ble artikkelens forskningsspørsmål besvart. Av deltakerne ble åndelig omsorg beskrevet som et vagt tema som var vanskelig å beskrive. Under den kvalitative innholdsanalysen steg det frem en refleksjon omkring hva forskjellen på åndelig omsorg og god omsorg rommer. Dette resulterte i fire tema som beskrev hvordan en kan forstå åndelig omsorg i sykehjem: *Omsorg for hele mennesket, ivareta omsorg med en personlig vri, se personen bak diagnosen og at åndelig omsorg er mer enn religiøsitet.*

Noen deltakere hadde aldri hørt om åndelig omsorg. Samtidig var det flere som hadde hørt om det, men som ikke klarte å beskrive hva det var. På spørsmålet om hvordan deltakerne ga pleie til pasientene, beskrev de historier om hvordan de ivaretok pasientenes ulike behov, hvor flere fortellinger inneholdt situasjoner hvor de sang salmer, gikk tur, lakket negler eller hjalp pasientene å be. Dette kan forstås som at de ivaretok pasientens åndelige behov, men at de ikke hadde et begrep på denne delen av omsorgen. At åndelig omsorg kan forstås som omsorg for hele mennesket, steg frem som en viktig del for deltakerne. Ved hjelp av deres historier om hvordan de ivaretok pasientene, kom begrepet om god omsorg frem som vesentlig. Åndelig omsorg ble sett på som en helt essensiell del av pleien blant deltakerne som hadde hørt om begrepet. For flere ble det beskrevet som en uunnværlig dimensjon i helhetlig pleie. Åndelig omsorg ble forstått som å ivareta alt fra de små tingene i livet, til å besvare eksistensielle spørsmål. Samtidig beskrev flere deltakere åndelig omsorg som kjærlighet og alt en gjorde for pasienten.

Åndelig omsorg ble også forstått som omsorg med en personlig vri. En deltaker beskrev dette som å gi omsorg til pasienten slik en ville gitt det til sin egen mor. Flere deltakere snakket om at de som helsepersonell brukte sine evner til å ivareta pasienten ved å finne mening i tilværelsen, hjelp med eksistensielle grublerier, og rett og slett være en god lytter og være til stede for pasienten. Deltakerne snakket derfor om at deres egen personlighet var sentral i møtet med pasienten. Det å være oppriktig interessert i pasientene ble sett på som svært viktig for å ivareta åndelig omsorg, og dette opplevde flere deltakere at de var gode til.

Åndelig omsorg kunne også romme det å se personen bak diagnosen. Det å se nonverbale tegn i kommunikasjonen og å ha et godt forhold til pasienten, var viktig. Deltakerne prøvde å se hvem pasienten hadde vært før de kom på sykehjem, og brukte denne informasjonen aktivt. De prøvde å bruke kunnskaper om pasientens livshistorie i møte med pasienten. Flere deltakere beskrev også hvordan de bygget selvfølelsen til pasienten ved å forklare at de hadde en verdi. Dette brukte deltakerne aktivt, slik at pasienten skulle oppleve at de ikke bare var diagnosen sin, men at den de var og er hadde en verdi.

Flere deltakere reflekterte omkring hvorfor åndelig omsorg er viktig i sykehjem. Hvis pasientene ble rastløse eller utagerende, nevnte flere deltakere at det å se pasienten og den de hadde vært var avgjørende. Tap av identitet når pasientene flytter til sykehjem ble beskrevet av flere. Åndelig omsorg og det å ivareta at pasienten ikke bare er en diagnose, ble sett på som svært viktig. Derfor ble åndelig omsorg som en del av helhetlig pleie forstått som svært nødvendig.

Deltakerne kom fra flere kulturer og religioner. Noen hadde en tradisjonell norsk bakgrunn, noen var innvandrere og to var flyktninger. Noen var muslimer, andre var kristne og en beskrev seg selv som agnostiker. For noen var religion en viktig del av livet, for andre handlet det om kultur. Noen definerte seg som ikke-praktiserende religiøse. Selv med flere som var praktiserende troende, hadde de ikke tenkt over at pasienten kunne ha et religiøst behov. Dette på tross av at det første de tenkte på da de hørte om åndelig omsorg var religion, og de kom med religiøse eksempler. Gjennomgående var det at deltakerne ikke hadde tenkt på at pasienten kunne ha ønsker som å lese Bibelen eller å be. Flere sa at de ikke visste om pasienten hadde et religiøst ståsted. Likevel hadde flere deltakere en forståelse om at religion kunne være viktig for pasientene, at det var en del av helhetlig pleie, og at noen ganger kunne religion hjelpe pasienten å roe seg. Flere sykepleiere snakket om et skifte i deres forståelse av åndelig omsorg, ved at de tidligere hadde forstått begrepet som å omhandle kun religion, men at det nå opplevdes som et videre begrep som også omhandlet ikke-religiøs ivaretagelse av pasientene. Sykepleierne opplevde at deres forståelse av åndelig omsorg hadde forandret seg med bakgrunn i at



de hadde fått mer erfaring som sykepleiere. Dette handlet også om at de selv hadde fått mer livserfaring, både som sykepleiere og som privatpersoner.

Funnene forteller at flere av deltakerne aldri hadde hørt om åndelig omsorg, og de var heller ikke observante på pasientens åndelighet i sitt daglige arbeid. Likevel tilrettela deltakerne for at pasienten kunne ivareta sine åndelige behov, men de hadde ikke et ord som beskrev dette. Andre deltakere kjente imidlertid godt til hva åndelig omsorg var, og opplevde at dette var en essensiell del av det å gi helhetlig pleie. Helsepersonells forståelse av åndelig omsorg er derfor forstått som bred og variert. Dette inkluderer både praktiske og ikke-verbale aspekter. Funnene tydet på et behov for åpen dialog om åndelige behov og ressurser i klinisk praksis. Funnene beskriver og tydeliggjør at det er behov for undervisning til helsepersonell om hvordan man kan legge til rette for eldre sitt åndelige liv, også når de er flyttet til sykehjem. Samtidig viser funnene også at det trengs mer forskning på åndelig omsorg, og hvordan den skiller seg fra god omsorg.

## 6.2 Artikkel 2

Rykkje, L., Morland, M., Ferstad, K., Kuven, B.M. (2023) A qualitative hermeneutical understanding of spiritual care in old age when living in a nursing home: The residents' voices. *Journal of Clinical Nursing-*

I artikkelen ble følgende forskningsspørsmål stilt: *Hvordan forstår og opplever sykehjemsbeboere åndelig omsorg?*

Formålet med artikkelen var å få innsikt i pasienters forståelse og opplevelse av åndelig omsorg. Det ble derfor gjort en kvalitativ hermeneutisk intervjustudie inspirert av Gadammers filosofiske hermeneutikk. Trettiåtte individuelle intervjuer ble gjort med beboere ved ett sykehjem, og inkluderte 14 mannlige og 24 kvinnelige beboere. Av disse hadde 24 en demensdiagnose. Alle pasientene var langtidsbeboere. Det ble brukt FACIT-Sp-12 som veiledning for intervjuet i tillegg til to åpne spørsmål om trivsel og åndelig omsorg. Funnene viser at beboerne beskriver en bred og mangfoldig forståelse av åndelig omsorg. Fire tema steg frem under fortolkningen. De tre første viser aspekter ved forståelsen av åndelig omsorg, mens det fjerde viser spenningen mellom de tre temaene.

De fleste deltakerne sa at de trivdes i sin nåværende situasjon i sykehjemmet, samtidig som vi så en kobling til om beboerne trivdes eller ikke og deres mulighet til å akseptere deres nåværende livssituasjon. Dette var tett knyttet til om beboeren følte seg hjemme på sykehjemmet eller ikke. Det var derfor en overordnet tolkning at trivsel er knyttet til åndelig at-homeness. Beboerne uten

demensdiagnoser var i større grad i stand til å beskrive sine følelser og opplevelser. Noen av pasientene med demens klarte ikke å snakke om trivsel, da de ikke var orienterte for tid og sted. Samtidig snakket noen beboere om at de ikke trivdes på sykehjemmet, og da lengtet de hjem til sitt tidligere hjem.

Det andre spørsmålet inviterte til å snakke om åndelig omsorg. Åndelige tema var tydelig sent i livet, samtidig som en reflekterte rundt fremtiden. Flere deltakere opplevde det som utfordrende å snakke om åndelig omsorg, og det var store forskjeller i hvordan de beskrev hva begrepet rommer. Overordnet opplevde vi at bevisstheten omkring åndelige tema var nøkkelen til å klare å snakke om åndelige behov, og klare å beskrive at en hadde et slikt behov. Samtidig knyttet veldig mange beboere åndelig omsorg til religion. Presten ble da trukket frem som en viktig samtalepartner for flere. Flere deltakere opplevde at spørsmålene fra FACIT-Sp-12 var vanskelige å svare på. Derfor ledet flere av spørsmålene til refleksjon hos deltakerne, og da en refleksjon om åndelige tema. Flere deltakere opplevde dette som svært meningsfullt. Det å reflektere over meningen med livet og grunnen til å leve åpnet opp for flere fine samtaler. Flere opplevde at de hadde en indre fred og harmoni, og at de var takknemlige overfor andre. De opplevde at livet hadde hensikt, og de færreste hadde noe å klage over. Spørsmålene relatert til tro var ikke relevant for enkelte, men flere refererte til barnetro og at dette hadde betydning for dem. Flertallet hadde en tro og opplevde at denne var viktig. Da funnene ble sammenvevde, er det tydelig at det er forbindelser mellom åndelig omsorg, følelsen av å høre hjemme, åndelig velvære, meningen med livet og hensikten.

Funnene beskriver at det å akseptere sin livssituasjon på sykehjemmet kan fremme en følelse av tilhørighet, og dette fører til at en føler seg mer hjemme. Åndelig velvære, inkludert å finne en hensikt, åndelig bevissthet og tro, ble funnet å være sammenkoblet med åndelighet (spiritual at-homeness) på sykehjemmet.

### 6.3 Artikkel 3

Morland, M., McSherry, W., Rykkje, L., (2023) Spiritual care for older nursing home residents - healthcare professionals' experiences and suggestions for skills development.

I artikkelen ble følgende forskningsspørsmål stilt: *Hva er helsepersonell sin forståelse av åndelig omsorg og hvilke læringsbehov har de relatert til denne omsorgsdimensjonen?*

Gadamers filosofiske hermeneutikk ble brukt som inspirasjon under hele studien. Trettifire helsepersonell som jobbet ved et norsk sykehjem, svarte på fem åpne spørsmål om åndelig omsorg

og læringsbehov relatert til deres forståelse av åndelig omsorg. Ved hjelp av tematisk analyse ble fire hovedtema funnet 1) *Forståelse av åndelig omsorg som helhetlig omsorg*, 2) *helhetlig omsorg må inkludere tro*, 3) *Åndelig omsorg er mer enn religiøse behov*, og 4) *Bli god til å kommunisere og lytte til åndelige behov*. Deltakerne i studien beskrev et stort behov for en dypere forståelse av hvordan åndelig omsorg kan fremtre i sykehjem. Deltakerne beskriver forskjellige læringsbehov. Dette inkluderte både praktiske ferdigheter som kommunikasjon og en mer dyptgående forståelse for hva åndelig omsorg kan være.

Åndelig omsorg ble forstått som alt en gjør for pasienten, fra de små tingene i hverdagen til å hjelpe pasienten å be aftenbønn. Deltakerne beskrev læringsbehov som inneholder det å være seg bevisst åndelighet og åndelig omsorg, det å få teoretisk kompetanse, og å få en forståelse av hva åndelig omsorg er i en sykehjemskontekst. Samtidig nevnte deltakerne at å lære praktiske ferdigheter som kommunikasjon var viktig for at helsepersonell skal føle seg klar for å ivareta alle aspekter ved åndelige behov hos pasienten i sykehjem.

Deltakerne beskrev et behov for større bevissthet og åpenhet omkring hva åndelig omsorg kan være i et sykehjem. Deltakerne hadde en bred og variert forståelse av hva åndelig omsorg er, fra å være en naturlig del av omsorgen til å lytte og respektere pasienten. Kjærlighet, empati og medfølelse ble nevnt av flere som en forståelse av hva åndelig omsorg kan være. Samtidig forsto noen deltakere åndelig omsorg som alt en gjør for pasienten, fra religiøs hjelp til det å ha en god relasjon som var betydningsfull for begge parter. Det å se behovene når det kom til religion var også forstått som signifikant hos flere deltakere, ved siden av verdier og livssyn.

Alle deltakerne forsto åndelig omsorg som en del av hvordan de som profesjonelle ønsket å møte pasientene, og hvordan dette var viktig for forholdet deres til pasienten. Situasjoner hvor pasientene hadde fått ivaretatt sine åndelige behov ble beskrevet av nesten alle deltakerne. Deltakerne beskrev historier fylt med kjærlighet og medfølelse overfor pasientene. Deltakerne som forsto åndelig omsorg til å kun handle om religion, beskrev hvordan de ivaretok religiøse deler av omsorgen, som å tilkalle den lokale presten. Eller at de spurte andre kollegaer om de kunne bistå, hvis de selv ikke ønsket å for eksempel lese i Bibelen. Deltakerne beskrev at når de ivaretok de åndelige behovene til pasienten, opplevde de at de fikk en spesiell kontakt med beboerne. Dette gjorde også at de fikk en dypere forståelse for hvem pasienten var og hadde vært. Denne kontakten kunne oppstå under en salmesang eller når de fikk tid til å sitte ned og slå av en prat.

For å forstå hvilke kunnskaper deltakerne trengte, spurte vi dem hva de mente at åndelig omsorg ikke var. Det gjennomgående var at når åndelig omsorg ikke ble ivaretatt, var dette på grunn av tid, en prest som ikke kunne komme, eller hvis en gjorde noe pasienten ikke ville. Eller hvis pasienten ikke hadde språk, kunne det oppleves som utfordrende å vite om en gjorde rett. Kunnskaper deltakerne beskrev at de trengte var mange. Det gjennomgående var imidlertid at de ønsket undervisning om hva åndelig omsorg er, og hvordan en rent praktisk kan ivareta denne delen av helhetlig omsorg på sykehjem. Samtidig beskrev en deltaker at en trenger mer selvtillit på at åndelig omsorg er noe alle kan ivareta. Eller at deltakerne ivaretar pasientenes åndelige behov, men de kaller det bare god omsorg, da de ikke har et begrep for det. Det kom også frem fra deltakere at de ville få frem hvor overgripende åndelig omsorg kan være. At det ikke kun handler om religion, men om mye mer. Samtidig trengte de mer kunnskap om ritualer ved forskjellige religioner. Et forslag fra en deltaker var «*hva en skal si og hva skal en gjøre*».

Ferdigheter som deltakerne beskrev, var at de trengte mer kunnskap om hvordan å ivareta åndelig omsorg for pasienten. Det handlet også mye om eksistensielle tema. Her var kommunikasjon sentralt. Det kunne være eksistensielle spørsmål som pasienten stilte under stell, eller en samtale som deltakerne opplevde det var vanskelig å svare på. Frykt for den kommende døden var også noe som ble beskrevet som sentralt av deltakerne. Kommunikasjon med personer med demens og pasienter uten språk ble nevnt som noe deltakerne ønsket mer kunnskap om. En deltaker foreslo at en skulle hatt et verktøy som en kunne brukt når samtalen stoppet opp og en ikke fant ordene. En annen deltaker ønsket å bli en bedre lytter. Samtaler om meningen med livet, lidelse og døden ble sett på som noe som var gjennomgående hos pasientene. Dette ble knyttet til når pasienten hadde det vondt, og de som helsepersonell prøvde å forstå hvor smerten kom fra. Ofte var det ikke fysisk smerte, men noe mer.

#### 6.4 Oppsummering

Helsepersonell beskriver åndelig omsorg som et vagt tema som er vanskelig å beskrive. Åndelig omsorg blir beskrevet som synonymt med god omsorg, omsorg for hele mennesket, at helsepersonell gir omsorg med en personlig vri, det å se personen bak diagnosen, og at åndelig omsorg er mer enn religiøsitet. Åndelig omsorg ble forstått som alt en gjør for pasienten, fra de små tingene i hverdagen til å hjelpe pasienten til å be aftenbønn. Deltakerne beskrev læringsbehov som inneholder det å være seg bevisst åndelighet og åndelig omsorg, det å få en teoretisk kompetanse og å få en forståelse av hva åndelig omsorg er i en sykehjemskontekst. Helsepersonells forståelse av åndelig omsorg er derfor forstått som bred og variert. Dette inkluderer både praktiske og ikke-verbale aspekter. Funnene beskriver og tydeliggjør at det er behov for undervisning av helsepersonell i hvordan man kan legge til

rette for eldre sitt åndelige liv, også når de er flyttet til sykehjem. Samtidig viser funnene at det trengs mer forskning på åndelig omsorg og hvordan dette skiller seg fra god omsorg. Funn fra beboerne sitt perspektiv viste at det er en tydelig forbindelse mellom åndelig omsorg, følelsen av å høre hjemme, åndelig velvære, meningen med livet og hensikt. Funnene viser at det å akseptere sin livssituasjon på sykehjemmet kan fremme en følelse av tilhørighet, og dette fører til at en føler seg mer hjemme. Åndelig velvære, inkludert det å finne en hensikt, samt åndelig bevissthet og tro, ble funnet å være sammenkoblet med åndelig (spiritual at-homeness) på sykehjemmet.

Helsepersonell beskrev ulike læringsbehov. Dette inkluderte både praktiske ferdigheter som kommunikasjon, og en mer dyptgående forståelse for hva åndelig omsorg kan være. Samtidig nevnte deltakerne at å lære praktiske ferdigheter som kommunikasjon var viktig for at helsepersonell skal føle seg klar for å ivareta alle aspekter ved åndelige behov hos pasienten i sykehjem. Kunnskaper deltakerne beskrev at de trengte var mange. Det gjennomgående var at de ønsket undervisning om hva åndelig omsorg er, og hvordan en rent praktisk kan ivareta denne delen av helhetlig omsorg på sykehjem.

## 7 Diskusjon

I dette kapittelet drøftes funn fra de tre delstudiene opp mot tidligere forskning på feltet og det teoretiske rammeverket for avhandlingen. Målet med diskusjonen er å beskrive hvordan åndelig omsorg i sykehjem kan forstås for å styrke utøvelsen av det. Ønsket er å belyse hvordan ansatte i sykehjem kan se, forstå og romme beboernes åndelighet.

Åndelighet og åndelig omsorg er beskrevet som et vagt tema med mange ulike definisjoner (Cone & Giske, 2022; Steinfeldt et al., 2019; Toivonen et al., 2023; Veloza-Gómez et al., 2017). Dette harmonerer med funn fra delstudie 1 og 3, da deltakerne ser ut til å ha et lite utviklet språk til å kunne beskrive åndelig omsorg i vanlige pleiesituasjoner. Tidligere studier har avdekket at åndelig omsorg kan være utfordrende å håndtere i sykehjem, da helsepersonell mangler kunnskap om beboernes ønsker når det gjelder deres åndelighet (Haugland & Giske, 2021). Dette kom frem både i intervjuene med beboerne og de ansatte. Deltakerne fra studie 1 og 3 viste til at beboerne på sin side ikke alltid klarer å uttrykke hva de trenger. Dette er også funnet i annen forskning (Toivonen et al., 2023). Deltakerne i delstudie 1 og 3 knyttet dette både til mangel på språk, men også at en ofte ikke kjente beboerne godt nok. Tidligere studier har vist at beboere satt pris på at ansatte på sykehjemmet ivaretok deres åndelighet (Gautam et al., 2019). Ifølge norske retningslinjer, lover og ulike strategiplaner for kommuner, er åndelig omsorg – og da også kompetanseheving omkring temaet – sett på som svært fundamentalt for å kunne gi gode pleie- og omsorgstjenester (Disch, 2022; Helsedirektoratet, 2015, 2018). For å grave dypere i kjernen på hva som ligger i åndelig omsorg på sykehjem, med mål om å vekke helsepersonell sin åndelige bevissthet, vil jeg nå diskutere hvordan helsepersonell kan lære å se, forstå og romme beboernes åndelighet. Dette blir illustrert med en teoretisk modell i 7.4 som konkluderer og viser avhandlingens funn. Etter konklusjonen avsluttes kapittelet med en refleksjon omkring avhandlingens styrker og begrensninger.

### 7.1 Pleie – Se omsorgsfellesskapet som mulighetens arena

Det å pleie og bli pleiet er en stor del av hverdagen på sykehjem. Pleien, det fysiske stedet, er mulighetens arena og det er her omsorgsfellesskapet mellom beboeren og pleieren fremtrer. En kan derfor se på stedet som en arena for å lære, og klare å romme beboernes åndelighet. Her inngår en balanse mellom naturlig omsorg, egenomsorg og profesjonell omsorg. I pleien inngår nemlig både en kroppslig og en åndelig del (Eriksson, 1996). Stellet beskrives av Eriksson (1996) som bestående av det fysiske livsrommet hvor menneskets primære funksjoner er. Og her kan pleieren fremme eller true mennesket (Clarke, 2013). Pleien skal ikke bare ivareta den fysiske kroppen, men også sjelen, noe som gir en form for åndelig velbehag (Erikssons, 1997). I stedet kan helsepersonell møte pasienten i tid og rom, og her kan



pasientens livshistorie få tre frem. Funn fra delstudie 1 og 3 viser at når pleieren steller beboeren, er dette en gylden anledning til å stille spørsmålet «*hva er viktig for deg?*» og «*hvordan kan jeg hjelpe deg?*» (Disch, 2022; Ross & McSherry, 2018). Og det å spørre om hva som er viktig for beboerne, og å vise interesse for det levde livet, er nært knyttet til det å føle på meningsfulle opplevelser (Baxter et al., 2021), og da hjelper helsepersonell beboeren å føle seg hel (Eriksson, 1996).

Det å se beboeren i stellet og være en sensitiv lytter, samt å se det nonverbale hos pasienten i den daglige kommunikasjonen, var viktig (delstudie 1). Dette ble beskrevet som å se pasienten bak diagnosen, med et fokus på å tenke over hvem personene hadde vært og hvordan beboernes livshistorie kunne være en ressurs i det fysiske livsrommet (Eriksson, 1996). Helsepersonell forsto åndelig omsorg som nært knyttet til det å hjelpe pasienten med å få være seg selv (delstudie 1 og 3), og kan gjøres ved at pleieren og beboeren møtes i omsorgsfellesskapet (Eriksson, 1996). Dette er et fellesskap bestående av menneskets tre iboende livsrom, altså fysisk, psykisk og åndelig livsrom. Det er mellom disse rommene pleieren kan bruke blikket og se, og på den måten hjelpe pasienten å få være seg selv. Eriksson (1997) beskriver dette som et fellesskap hvor en jobber mot et felles mål. Et sted hvor en blir bekreftet som person og føler seg sett, og beboeren føler seg hel. Og hel er en kun når menneskets helhet blir ivaretatt (Bergbom et al., 2021; Eriksson, 1996). Deltakerne fra delstudie 1 og 3 skildret hvordan de måtte være kreative og bruke mye av seg selv i arbeidet med beboerne. Dette henger sammen med Eriksson (1996) sin beskrivelse av pleie. I stellet må en tørre å gå utenfor seg selv, og her har en mulighet til å vise spontanitet, varme og kjærlighet (Eriksson, 1996). Dette bekrefter beboerne i delstudie 2 ved at de forsto åndelig omsorg som det å føle seg sett, få god pleie og bli ivaretatt. Dette harmonerer med funnene fra helsepersonell som beskrev åndelig omsorg som en relasjon med pasienten, der åpenhet og tilstedeværelse var viktig (delstudie 1–3).

Ønsket om å oppleve tilhørighet er universelt, og følelsen av å høre til et sted er betydningsfullt for mennesket (Hilli & Eriksson, 2019). Flere beboere følte seg ikke hjemme på sykehjemmet. De savnet livet som var før, og dette gjorde at flere slet med å føle tilhørighet. Lengselen ble for enkelte beboere så sterk at det ble en utfordring å tilpasse seg den nåværende livssituasjonen (delstudie 2). Tidligere forskning viser at det å føle seg hjemme, og å ha en plass hvor en kan være seg selv, har en signifikant betydning for mennesket (Hilli & Eriksson, 2019; Saarnio et al., 2016). Noen beboere hadde vansker med å finne mening i situasjonen. Det var ingen grunn til å leve, og de ønsket egentlig bare å dø. Dette viste et tydelig tegn på åndelig lidelse (Hirakawa, 2014). Det kan også være et uttrykk for at de ikke følte seg hjemme med seg selv, eller ikke var forbundet med seg selv, som er betydningsfullt for å føle seg hjemme (Saarnio et al., 2016). En kan derfor tolke ut fra funn i delstudie 2 at beboerne som ikke følte seg hjemme opplever et brudd i enheten. I lys av Eriksson (1996) sin beskrivelse av enhet,

og at mennesket alltid vil søke det å føle seg hel, kan det skje brudd i enheten når mennesket opplever åndelig lidelse. For beboerne kan dette få store konsekvenser. Følelsen av å ikke være selvstendig, å måtte få hjelp og ikke kunne gå ut når en vil, kan rent metaforisk sees på som å ha en fremmedfølelse i sykehjemmet – som en hjemløs (Öhlén et al., 2014). Hvis en da ser tilbake på stedet og de mulighetene helsepersonell har der, kan en trekke frem det Eriksson (1996) beskriver som å stimulere til selvaktivitet. Det kan tenkes at beboeren som ikke følte seg hjemme, hadde følt seg mer hel hvis en som helsepersonell brukte mer spontanitet, kjærlighet og varme i stedet. Hvis en tenker at beboerens spillerom er i det fysiske stedet med mål om kroppslig velvære, er det nettopp her helsepersonell har sin gyldne mulighet til å se beboeren i stedet og ivareta beboernes åndelighet. Ja, og hjelpe dem å føle seg hel.

Derfor kan det tolkes at åndelig omsorg på sykehjem handler om «væren». Det handler om det nære, det skjøre, det usynlige som skjer i et møte mellom to mennesker, det som skjer i omsorgsfelleskapet og i pleien. Det er helhetlig. Denne relasjonen og det som skjer i dette møtet kjennetegnes av respekt, nærhet og tålmodighet. Og en kan da tolke funnene fra de tre delstudiene dithen at det ikke handler om at pasienten fikk neglelakk eller luktet på gresset. Det handler om det som skjedde *mellom* pasienten og helsepersonell *i møtet med hverandre*. For pleieren var det kanskje bare neglelakk, men for pasienten var dette et minne om tiden før hen kom på sykehjem. Som tidligere forskning har vist, så handler åndelig omsorg mer om det å *være* tilstede enn at en *gjør* mange ulike ting (Balboni et al., 2010; Baldacchino, 2015). Tidligere studier har vist at for helsepersonell kan denne væren kanskje oppleves som ubetydelig, men for pasienten kan dette være svært betydningsfullt (Ødbehr et al., 2017). Funnene fra de tre delstudiene kan tolkes dithen at åndelig omsorg kan forstås som god helhetlig omsorg. Likevel er ikke hovedvekten på hvorvidt en kaller det åndelig omsorg eller ikke. Fokuset er heller på det som skjer i møtet mellom to mennesker; samværet, verdien av hverandre, glede, vennlighet, å føle seg trygg, vise kjærlighet og bli ivaretatt. Derfor kan en tenke at åndelighet er mer enn religiøsitet. Det handler om at helsepersonell ser beboeren og det som *gjør* livet meningsfylt for den eldre personen. Det er det som *gjør* at en *føler* seg hjemme. Tidligere forskning har vist at åndelig omsorg i sykehjem kan forstås som det å være til stede, lytte og gi omsorgsfull pleie (Rykkje, 2016). Dette viser at tilstedeværelsen er svært viktig for eldre på sykehjem. Dette stemmer overens med tidligere forskning, som viste at det å gi trøst, være til stede, gi håp og mening i tilværelsen, og å ivareta pasientens verdighet, er helt sentrale deler av omsorgen på sykehjem (Jones, 2020). Funn fra delstudiene og tidligere forskning viser at helsepersonell opplevde åndelig omsorg som viktig i sykehjem fordi pasienten mister en del av seg selv når de flytter inn i en institusjon (Kai-Lai et al., 2022; Palmer et al., 2022). Dette støttes av at flere beboere snakket om lengsel, og at de savnet livet slik det var før. I sykehjem kan en anta at beboeren



fortsatt ønsker å føle seg hjemme. Og ved å føle seg hjemme, vil en føle seg hel og forbundet med seg selv og andre (Saarnio et al., 2016). Helsepersonell bekreftet at de brukte det de visste om beboerne for å øke beboernes selvfølelse, og for at de skulle føle seg hjemme (delstudie 1). De prøvde å se hvem beboeren var og hadde vært. En kan derfor se på det å tilstrebe at helsepersonell ser beboerne og at pasienten føler seg hjemme, som en sentral del av omsorgsfellesskapet og en viktig verdi i pleiekulturen på sykehjem. En kan derfor tolke helsepersonell sin rolle på sykehjem som en avgjørende støttespiller i å opprettholde enheten. Relasjonen de har til beboeren er derfor helt essensiell for å hjelpe beboerne med å føle seg forbundet og hjemme med seg selv. Målet blir derfor å hjelpe beboeren til å opprettholde enheten, og hindre åndelig lidelse og fremmedfølelse i sykehjem. Argumentet og hovedpoenget mitt er derfor at stellet må sees på som mulighetens arena til nettopp å opprettholde enheten i pasienten, og til å ivareta beboernes åndelighet slik at de føler seg sett og bekreftet. Derfor er stellet, den fysiske pleien, et mulighetsrom hvor beboernes åndelighet kan ivaretas. Dette er et mulighetsrom en har, og en trenger ikke tenne stearinlys og ha en eksistensiell samtale. En bruker en setting og en tid som allerede er der. Et møte som helsepersonellet allerede kjenner. Det er derfor viktig at en lærer helsepersonell å se stellet og pleien som en mulighet nettopp til å vise kjærlighet, med det formål å ivareta beboernes åndelighet. Her kan elementer som betydningen av berøring komme frem, en måte å vise kjærlighet i handling. Slik en vasker beboeren, slik kluten stryker på ryggen eller det at en spør beboeren om hen vil ha hudkrem på føttene. Dette nære, skjøre og enkle grepet mener jeg er en helt essensiell del av det å se og ivareta beboernes åndelighet på sykehjem. Nettopp fordi det å pleie og bli pleiet er en naturlig del av menneskets atferdsmønster (Eriksson, 1996). På sykehjem i dag der beboere har et stort hjelpebehov og lider av flere alvorlige sykdommer, så beskriver dette et hjem hvor helsepersonell tilbringer mye tid på beboerens rom og da i stell og pleie av dem (Statistisk sentralbyrå, 2023; Strand et al., 2023; Wergeland et al., 2015). Dette viser at stell av pasienten er en av helsepersonellens viktigste oppgaver, og en burde derfor som helsetjeneste bruke tid på å øve og bli god på nettopp det grunnleggende stellet.

## 7.2 Lære for å forstå- Pleiekultur som bærer av avdelingens ethos

Funn fra studien (delstudie 1 og 3) viser at helsepersonell beskriver åndelig omsorg som synonymt



med god omsorg. Jeg stiller derfor spørsmålet; Hvorfor skal helsepersonell lære om åndelig omsorg når det allerede handler om den omsorgen de gir i møte med pasientene? Fravær av åndelig omsorg (delstudie 1 og 3), åndelig lidelse (delstudie 2) og omsorg uten oppmerksomt nærvær (delstudie 1 og 3) viser at det trengs

undervisning om hvordan åndelig omsorg kan forstås i sykehjem. Det å ivareta beboernes åndelighet er nemlig nært knyttet til opplevelse av trivsel, fellesskap, tilhørighet, mening og opplevelse av

verdighet og helhetlig omsorg (Baxter et al., 2021; Gautam et al., 2022; Gautam et al., 2019; Harrington et al., 2019; Jones, 2020; Kai-Lai et al., 2022).

Undervisning om kommunikasjon med eldre var noe flere deltakere i delstudie 3 ønsket. Dette funnet henger sammen med at de ønsket undervisning med helt konkrete praktiske eksempler som de kunne relatere til hverdagen sin i sykehjemmet (delstudie 3). Dette harmonerer med tidligere forskning, som viser betydningen av å lære der omsorgsfellesskapet skjer, i kliniske situasjoner (Giske, 2012; Jones et al., 2021). Denne undervisningen kunne eksempelvis foregått som en veiledning av en annen kollega i et morgenstell med beboeren, en refleksjonsgruppe omkring eksistensielle tema eller som rollespill eller simulering. Ved at en forstår læring som en naturlig del av det å gi omsorg, og ved å lære seg nye måter å gjøre ting på, styrkes omsorgsfellesskapet og relasjonen til beboeren (Eriksson, 1996). Jeg mener at når helsepersonell via pleien ser hva beboeren trenger, så lærer man. Dette fordi en læringsprosess alltid vil være i bevegelse mellom pleieren og beboeren, med et mål om vekst og selvrealisering (Eriksson, 1996). Derfor mener jeg at stellet bør brukes som mulighetens arena for å lære om beboernes åndelighet.

Hva en avdeling ser på som nyttig å lære om, avhenger av realiteten som pleien utgår fra, og selve pleiekulturen – som avhenger av hvilket ethos som er fremtredende i den aktuelle pleiekulturen (Eriksson, 1996; Eriksson, 1997). Det kan være en kultur preget av et medisinsk fokus, eller en kultur der det er rom for refleksjon omkring åndelighet (Giske & Cone, 2015). Den naturlige læringen mener Eriksson (1996) henger sammen med den naturlige omsorgen, men at ulike elementer kan fremme eller hemme læring. Funn fra delstudie 3 viste at helsepersonell trenger helt grunnleggende kunnskaper om åndelig omsorg som læres på deres premisser, i deres miljø. En kan da tolke at dette er fremmende faktorer for læring. Men hvis læring skjer med eksempler og beskrivelser som de ikke kjenner seg igjen i, vil det hemme læring. Andre forhold som kan hemme er forhold på avdelingen. Et eksempel er at ethos som pleien utgår fra ikke fokuserer på at åndelighet er ansett som viktig å ivareta og lære om.

Et annet punkt som er viktig for læring, er at en anerkjenner den komplekse gruppen ansatte som jobber i sykehjem i dag (delstudie 1 og 3). Det kulturelle aspektet må bli tatt med når en utvikler undervisning. Hvordan vi gir omsorg er nemlig dannet av den kulturen vi kommer fra (Wikberg & Eriksson, 2008). Ansatte på sykehjem i Norge er en yrkesgruppe bestående av et bredt mangfold av kulturer og ulike religiøse perspektiver (Claus, 2018). Pasientene er for det meste norske, og mangfoldet hos de ansatte er ikke noe det snakkes om (Ådland et al., 2022). Funn fra delstudie 1 og 3 viser at oppdragelse, barndom og kulturelle perspektiv ble nevnt som viktige faktorer for hvordan

helsepersonell ga omsorg og beskrev sin forståelse av åndelighet. Derfor er nettopp mangfoldet viktig, og jeg mener at dette kan ha betydning for hvilken kultur en har i avdelingen omkring åndelighet. Både karma og egen religion ble beskrevet som viktige faktorer for å kunne gi god omsorg og ivareta pasientens åndelighet (delstudie 1). Dette gjorde at omsorgen de ga kanskje ble gitt med en annen hensikt enn hos andre pleiere. Det stakk dypt hos dem, og de reflekterte mye over om omsorgen de ga opplevdes god for beboeren. En deltaker som satte spor var assistenten som kom til Norge som flyktning, som sa at han ikke visste hvor foreldrene var. Derfor var hans jobb på sykehjem å ivareta eldre og gi dem den beste omsorgen (delstudie 1). Når dette er med i ryggsekken, som en del av forforståelsen i møtet med pasienten, og når en da ivaretar pasienten som om det var ens egne, mener jeg det helt klart gir et spesielt fokus hos pleieren. Dette kan forstås som det Eriksson (1997) beskriver som profesjonell omsorg gitt med medfølelse og barmhjertighet. Hun beskriver at dette er der hvor pleieren gjør mot pasienten slik en ville gjort mot sine egne. Likevel beskriver flere deltakere at deres religiøse eller kulturelle perspektiver ikke ble etterspurt eller brukt som ressurs i avdelingen (delstudie 1). Dette samstemmer med forskning gjort på sykehjem knyttet til helsepersonell sine religiøse preferanser, som ikke ble etterspurt i avdelingene (Lavik et al., 2021).

For at ansatte i sykehjem skal lære og forstå hva åndelig omsorg kan være, må det gis undervisning på deres premisser (delstudie 3). Delstudie 1 og 3 viser at mange ivaretok beboernes åndelighet, men de brukte ikke begrepet åndelighet. Likevel kan en tolke det dithen at for at beboernes religiøse behov skal bli ivarettatt, må en ha undervisning for å vekke en åndelig bevissthet hos ansatte i et sekulært samfunn. Dette fordi religion for mange beboere kan være viktig (delstudie 2). Tidligere forskning har vist at for personer med demens er religion, relasjoner, natur og kunst en viktig del av deres åndelighet. Religion og tradisjon er viktig for å skape trygghet og kjente rammer for pasientens hverdag (Toivonen et al., 2023). Dette samsvarer med funn fra delstudie 2, fordi for mange eldre er religion viktig. Derfor er det viktig at den religiøse og livssynsmessige delen av omsorgen blir ivarettatt. Av denne grunn kan en derfor fortolke funn fra delstudie 2 dithen at for den religiøse ivarettakelsen hos beboerne, så er det viktig med undervisning om åndelig omsorg. For det å spørre om beboernes religiøse preferanser var ikke noe alle deltakerne gjorde av seg selv. De hadde heller ikke reflektert omkring beboernes religiøse og/eller livssynsmessige forankring (delstudie 1 og 3). Likevel var det flere deltakere som så på det som sin oppgave å tilrettelegge for religiøse praksiser, men de ønsket likevel å lære mer om dette. Samlet sett kan derfor funn fra delstudie 1 og 3, som viser ansattes ulike syn på nettopp dette, tale for at dette må få større plass i avdelingen. Nettopp fordi pleiekulturen er bærer av avdelingens ethos, og hvis det ethos er bærer av et helhetlig pleiefokus, så inkluderer dette det åndelige rommet til pasienten. Her er ledelsen på hvert sykehjem og hver avdeling viktig, samt

det at ledelsen er gode rollemodeller for en pleiekultur som ivaretar helhetlig omsorg (Cone et al., 2023; Giske & Cone, 2015; Giske, 2012; Hawthorne & Gordon, 2020).

### 7.3 Leke – samspill mellom omsorgsfelleskap og pleiekultur for å romme beboernes åndelighet

Som beskrevet over, så lærer vi hele livet. Og nært knyttet til det å lære, finner vi leken. Mennesker



engasjerer seg i lek gjennom hele livet, selv om det er vanlig at voksne ikke anerkjenner samhandling med andre som lek. Lek kan – for eksempel som Eriksson (1996) nevner – være «småprat», og dette er en stor del av det helsepersonell gjør i sin hverdag. Når det ikke er ord, og pasienten ikke selv kan si at hen ønsker noe,

mener jeg at leken må få plass. Det er i disse møtene spesielt viktig at pleieren ser, forstår og rommer det pasienten trenger der og da, og en må bruke kreativitet som krever fortrolighet og tillit (Eriksson, 1996). For å klare å romme beboernes åndelighet, fordrer dette at de ansatte først har sett og at de forstår at beboerens åndelighet er noe de kan romme. Her kommer lekens betydning frem, fordi leken er et paradoks. Her kan lyst, kreativitet, alvor, utprøving og trening opptre i et samspill. Hvis vi ser på funn fra de tre delstudiene opp mot Eriksson (1996) sin beskrivelse av hvordan leken kan fremtre i omsorgen, er det fem ulike måter å leke på. Funn fra delstudie 1 og 3 viser hvordan helsepersonell bruker leken som en tilpasning i møtet med beboerne (Eriksson, 1996). Dette forklart med hvordan de tilpasset seg beboerne og prøvde å se hvem de var bak diagnosen. Dette viser at helsepersonell bruker kreativitet og utprøving i møte med beboerne, for å skape en trygg atmosfære. I delstudie 2 kom det tydelig frem hvordan beboeren beskrev deres uttrykk for livsglede og livslyst, som beboeren som stolt beskrev hvordan han nå hadde fått andre beboere til å si takk for maten. Dette mener jeg kan sees på som det Eriksson (1996) beskriver som en lystbetont lek. I den skapende leken (Eriksson, 1996), ser jeg for meg et morgenstell – og her kommer beskrivelser fra alle tre delstudiene til uttrykk. Hvorpå helsepersonell beskriver hvordan de bruker møtene med pasienten til å ivareta god omsorg, og beboeren på sin side forteller om hva de ønsker å få til selv (delstudie 1–3). Samtidig mener jeg sårbarheten og lengselen kan få plass her. Det er nemlig i den skapende leken at en gir rom for å få være seg selv. Jeg mener at ved å gi muligheten til at beboeren får være mer seg selv i møtene med andre, vil dette skape en større åndelig tilfredshet. Etter min oppfatning kan også leken brukes der hvor beboeren gir uttrykk for egne ønsker uten at helsepersonell kommer med krav. Dette sammen har også en viktig plass i et omsorgsfelleskap (Eriksson, 1996). Her handler det om å skape rom for hva beboerne selv ønsker, ikke hva vi som helsepersonell mener er best for dem. Et eksempel på dette kan være når en lar beboerne få høre på morgenandakten på rommet, istedenfor at du som pleier setter på en radio. Den siste formen for lek som Eriksson (1996) skildrer, er lek som trening og utprøving. Her er rommet hvor helsepersonell må få øve og prøve. Dette kan være det å

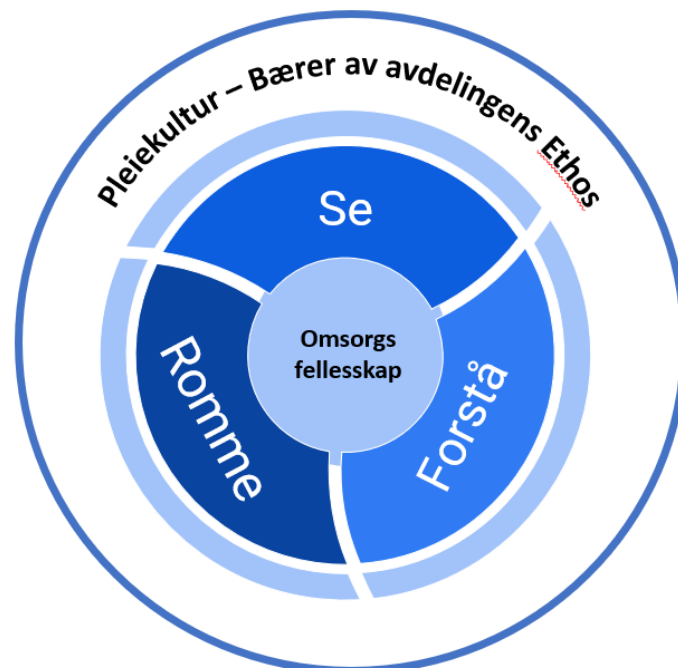
øve på kommunikasjonsferdigheter på andre kollegaer, eller snakke med beboeren om at i dag ønsker jeg tilbakemelding fra deg. Og spørre: «*hvordan opplevdes det når jeg møtte deg slik?*». Denne formen for lek er også nært knyttet til læring og samhandling med andre (Eriksson, 1996). Tidligere studier viser at det å lære i kliniske settinger var viktig. Dette kunne for eksempel gjøres som refleksjon med kollegaer (Jones et al., 2021; Rykkje et al., 2021). Denne refleksjonen kunne da blitt gjort etter et morgenstell.

Tidligere har jeg beskrevet stellet som mulighetens arena. Dette mener jeg fordi det er her leken mellom pleieren og beboeren må få fremtre. Her kommer samspeillet mellom helsepersonell og beboeren frem, og relasjoner med den andre står sentralt (Eriksson, 1996). Funn fra delstudie 3 viste tydelig at helsepersonell ønsker å øve, og de vil leke i situasjoner som kan være utfordrende å stå i. Funn fra delstudie 3 viste også at flere ansatte ønsket å bli bedre i å kommunisere med beboerne, spesielt der hvor det ikke var språk. Dette krever at en utfordrer seg selv og sin egen åndelighet. Kommunikasjon er beskrevet i tidligere forskning som en viktig ferdighet som bør prioriteres når undervisningsopplegg om åndelig omsorg lages (Cone et al., 2023; Jones et al., 2021). Fokus på refleksjon og kommunikasjon omkring eksistensielle tema blir beskrevet som viktige områder helsepersonell må bygge kompetanse på (Timmermann et al., 2023; Viftrup et al., 2021). Samlet sett mener jeg at funn fra studien viser at småpratens betydning for å romme beboernes åndelighet nok er mer viktig enn en forestiller seg. Derfor mener jeg at leken og småpratens viktighet må få komme tydeligere frem i undervisning og klinisk praksis. Tidligere forskning peker på at hver relasjon med pasienten er unik, og en kan ikke ha standardiserte strenge rammer. Dette fordi det å oppdage pasientens åndelighet er en relasjonell og individuell prosess, og hver enkelt situasjon er unik (Nissen, Falkø, et al., 2021; Nissen, Viftrup, et al., 2021). Nettopp derfor kan en bruke lek, kreativitet og utprøving som mål når en ønsker å lære og forbedre ivaretagelsen av åndelig omsorg i sykehjem. Årsaken er at samspeillet mellom omsorgsfellesskapet og pleiekulturen på den aktuelle avdelingen avhenger av hverandre for at en skal klare å romme beboernes åndelighet og gi helhetlig omsorg.

#### 7.4 Se, forstå og romme beboernes åndelighet

Hensikten med avhandlingen har vært å beskrive helsepersonell og beboere på sykehjem sin forståelse omkring åndelig omsorg og hvilke kunnskaper/ferdigheter helsepersonell trenger for å romme beboernes åndelighet. Dette for at åndelig omsorg kan praksisutvikles i sykehjem. For å konkludere og sette funnene sammen, er det laget en modell. Pleie, leke og lære for å se, forstå og romme beboernes åndelighet. Modellen på side 46 er en syntese av avhandlingens funn sett opp mot teori fra Katie Erikssons karitative omsorgsteori.

Denne avhandlingen har utforsket helsepersonell og beboere på sykehjem sin forståelse av åndelig omsorg med mål om å forstå hvordan man kan bedre dette. Forståelse av åndelig omsorg er mangfoldig, og helsepersonell og beboere har ulike beskrivelser og uttrykk for hva åndelighet kan romme. Videre kom det frem at både helsepersonell og beboere forstår åndelig omsorg som synonymt med god helhetlig omsorg. Funn fra delstudie 1 og 3 viser at ulikhetene mellom god omsorg og åndelig omsorg ser ut til å være få. Åndelig omsorg er imidlertid nært knyttet til væren; det skjøre og mellommenneskelige som skjer mellom to individer i et omsorgsfellesskap. Når en ivaretar dette skjøre og nære, og gir kjærlighet og rom til pasienten, så er dette et uttrykk for at beboerne skal føle seg sett, at de skal føle tilhørighet og at de føler seg hjemme på sykehjemmet. Samlet sett viser funn fra de tre delstudiene at ved å lære helsepersonell å se, forstå og romme beboernes åndelighet i omsorgsfellesskapet, så kan dette bidra til at beboeren opplever åndelig velvære og føler seg hjemme i sykehjemmet. Funn fra delstudie 2 viste at åndelig bevissthet var viktig for at beboeren skulle klare å beskrive sin åndelighet. Og helsepersonell må ha en åndelig oppmerksomhet som klarer å se pasientens åndelighet (delstudie 1 og 3). Likevel viser delstudie 1 på den andre siden at helsepersonell uten noen form for kompetanse eller kunnskap om åndelig omsorg ivaretok beboernes åndelighet. For å klare å gjøre en forskjell, for å lære andre om åndelig omsorg, god omsorg og beskrive hvor viktig det er at beboerne føler seg hjemme, må en derfor starte ved stellet – mulighetens arena. Hver enkelt pleier må se og forstå dette som sin mulighet til å ivareta fysiske, psykiske, åndelige og sosiale sider ved menneskelivet, forstått som helhetlig omsorg.



Figur 1 Se, forstå og romme modell for ivaretagelse av beboeres åndelighet

Figur 1 viser modellen «*Se, forstå og romme*» og den kan brukes på flere måter, som tre deler av et undervisningsopplegg sammen med praktiske øvelser. Hver del setter søkelys på ulike måter man kan se på åndelighet i sykehjem. Hensikten er å få helsepersonell til å reflektere ved å se, forstå og skjønne at de faktisk kan klare å romme beboernes åndelighet. Man kan se at kjernen i all omsorg er det som skjer i omsorgsfellesskapet mellom pleieren og pasienten. Og styrende for dette er pleiekulturen og det ethos som den bærer, og de rammer, regler og lover som man er underlagt (Eriksson, 1996).

Det å se beboerne tolker jeg som en essensiell del av å ivareta beboernes åndelighet i sykehjem. Helsepersonell beskrev åndelighet som helt grunnleggende i pleien og en naturlig del av livet (delstudie 1 og 3). Dette sammenfaller med Rykkje (2016) sin beskrivelse av åndelighet som noe som kommer til uttrykk i samspill med andre og berører dypt hos mennesket. Det er derfor en selvfølge at dette ikke kan neglisjeres i pleien (Sivonen, 2000, 2022). Likevel må en reflektere over det faktum at studien omhandler forståelse av åndelig omsorg. Ifølge Eriksson (1997) må en vite hva åndelighet er for å erkjenne at det er noe som fremtrer som en åndelig dimensjon. Dette kom tydelig frem i studien om beboerne. Funnene viste at det var mange som ikke var oppmerksomme eller åpne for at det var en åndelig dimensjon. Da kunne de heller ikke klare å beskrive om de hadde noen åndelighet som trengte å bli ivaretatt. Funn fra studiene viser samlet sett at både beboere og helsepersonell var enige om at god omsorg var det å være vennlig og snill, og gjøre de tingene som var forventet av dem. Pasienten på sin side beskriver åndelig omsorg som at de blir sett, møtt, forstått og føler seg hjemme. Derfor kan en anta at når beboeren opplever dette, så er deres åndelighet ivaretatt og pleieren har da ivaretatt beboernes åndelighet, enten de kaller det åndelig omsorg eller god omsorg. Dette viser derfor at å se beboeren er et viktig element i å ivareta beboernes åndelighet.

Det å *forstå* et annet menneske og hva vedkommende trenger, er komplekst. Funn fra delstudie 1 og 3 viste at de som hadde en forståelse av åndelig omsorg fra før, så åndelighet som en naturlig dimensjon av helhetlig omsorg. Ja, en del av omsorgen hvor medfølelse og kjærlighet var viktig. Dette kan tolkes dithen at helsepersonell vet at det å ivareta pasientenes åndelighet er en del av helhetlig sykepleie og helhetlig menneskesyn, noe som samsvarer med funn i annen forskning (Lewinson et al., 2015; Rykkje & McSherry, 2021; Santos et al., 2021; Scortegagna et al., 2018). Funn fra delstudie 2 viser at beboerne hadde hørt om åndelig omsorg, og de som klarte å reflektere omkring forståelse av åndelighet så på det som en viktig del av livet. Beboerne beskrev da at åndelighet var knyttet til det å føle seg trygg, få god omsorg og føle seg ivaretatt. Dette kan også knyttes til at for beboere på sykehjem, med flere livstruende sykdommer, så kan åndelighet bli mer fremtredende (Nissen, Falkø,

et al., 2021). Dette samstemmer med Lifshitz et al. (2019) sin forskning, som viste at det å opprettholde sin åndelighet ga økt følelse av velvære (well-being).

Det å klare å romme beboernes åndelighet kan være vanskelig. Jeg tolker at opplevelse av åndelig lidelse henger sammen med det helsepersonell beskrev som fravær av åndelig omsorg. Dette kan vi igjen tenke omhandler at en ikke føler seg hjemme, eller at en ikke føler noen tilhørighet på sykehjemmet. Hvorfor noen beboere opplevde åndelig lidelse eller en fremmedfølelse i sykehjemmet, kan være fordi de hadde en opplevelse av at omsorgen ikke ble gitt med kjærlighet, håp og tro, eller som Eriksson (1996) beskriver det; omsorg uten oppmerksomt nærvær. Helsepersonell klarte ikke å romme beboeren. Fraværet av dette kan sees som at en ikke ivaretar pasientens verdighet, og da heller ikke menneskets åndelighet (Eriksson, 1996). Dette er likevel ikke enkelt, fordi helsepersonell så at pasienten hadde et ønske om noe, men de hadde ikke alltid anledning, kompetanse eller forståelse for at dette var et ønske hos beboeren (delstudie 1 og 3). Funn fra delstudie 1 og 3 viser da, ikke overraskende, at tid, fysiske forhold og det å romme pasientens åndelighet kan være utfordrende på sykehjem. Hva som skal til for at helsepersonell skal klare å romme beboernes åndelighet kan være mye forskjellig. Det ser imidlertid ut til at det å få beboerne til å føle en tilhørighet og føle seg hjemme, og å hjelpe beboeren å føle seg hel, er svært betydningsfullt. Her er de nære ting og de små møtene mer betydningsfulle enn store arrangementer. Dette støttes av tidligere forskning (Rykkje, 2016; Ødbehr et al., 2015; Ødbehr et al., 2017).

Det å se, forstå og romme beboernes åndelighet, mener jeg er mulig ved å pleie, leke og lære i omsorgsfellesskapet med beboeren. Men det fordrer også at det er en pleiekultur som anser åndelighet som betydningsfullt. Stellet av beboerne på sykehjem inneholder ulike konkrete handlinger som må gjøres. Likevel mener jeg at ved å se stellet som den arenaen hvor vi kan – og har et mulighetsrom for å – ivareta beboernes åndelighet, vil gi pleiere anledning til å ivareta det. Stellet er den arenaen som helsepersonell bruker mest tid på, og det er derfor også dette vi må ønske å være gode på. Berøring som åndelig ivaretagelse på sykehjem er kanskje et underkommunisert tema, men hvis åndelighet er forstått som væren, så kan denne berøringen ha stor funksjon hos beboeren. I et sykehjem er stellet kanskje den eneste arenaen som beboerne kjenner varmen fra et annet menneske. Det er derfor en gylden mulighet til å vise nettopp dette; kjærlighet. Det kan for eksempel være kjærlige hender som viser åndelig omsorg i handling. Stellet er derfor den arenaen jeg mener vi må starte med som spillerom for hvor helsepersonell kan ivareta beboernes åndelighet. Det handler altså ikke om store fester og bålpanne, det handler om kjærlighet, nærvær og det å se den eldre pasienten i øynene. Ja, og vise med hendene og hjertet at en ivaretar omsorg med kjærlighet, i tro og



håp. Sammenhengen mellom kjærlighet og åndelighet er også beskrevet som viktig i annen forskning (Rykkje, 2014).

Samlet sett viser funn fra de tre delstudiene at en kan forstå det åndelige som alltid underveis, og vi trenger definisjoner for at andre skal lære seg hva åndelighet rommer. Dette fordi det er en viktig del av et helhetlig menneskesyn. For at andre skal lære hva åndelighet er for beboere på sykehjem, må man begynne med det enkle – pleien og stellet, der en stor del av omsorgen skjer. Her har pleieren en gyllen mulighet til å se, forstå og også romme beboernes åndelighet ved hjelp av å pleie, leke og lære.

### 7.5 Avhandlingens styrker og begrensninger

Avhandlingen har undersøkt hvilken forståelse helsepersonell og beboere på sykehjem har omkring åndelig omsorg, samt hvilke læringsbehov ansatte i sykehjem har omkring ivaretagelse av åndelig omsorg. Studien bruker individuelle intervjuer med beboere og helsepersonell på sykehjem og ansatte, fokusgrupper med ansatte og innsamling av svar fra fem åpne spørsmål i Nettskjema. Disse ulike måtene å samle data på, sees på som hensiktsmessige for å svare på det overordnede forskningsspørsmålet til avhandlingen. Som forsker er jeg ansvarlig for å gjøre denne prosessen så åpen og refleksiv som mulig (Tjora, 2021, s. 248). Derfor vil jeg i det følgende reflektere over avhandlingens styrker og begrensninger. Her vil jeg samtidig også beskrive metodologiske betraktninger som er gjort i avhandlingen. Dette blir gjort med å bruke begrepene *pålitelighet, gyldighet, refleksivitet og troverdighet* (Lincoln & Guba, 1985; Polit & Beck, 2021; Tjora, 2021). Overordnet for studien er omsorgsvitenskapen. Valget om å bruke omsorgsvitenskap som et overordnet paradigme ble gjort med bakgrunn i pasientfokuset, og slik jeg forstår Katie Erikssons tanker omkring omsorg og synet på mennesket som en enhet bestående av kropp, sjel og ånd (Eriksson, 1996). Alternativt kunne det bli valgt konstruktivisme som paradigme, hvor en tenker at kunnskap oppstår gjennom en prosess med aktiv konstruksjon (Creswell & Creswell, 2017), eller sosial konstruktivisme, hvor en mener at virkeligheten er sosialt konstruert (Alvesson & Sköldberg, 2017). Jeg mener at sosial konstruktivisme og konstruktivisme likevel ikke har det pasientfokuset som omsorgsvitenskapen har. Det var derfor naturlig å velge omsorgsvitenskap, og dette fokuset kan sees på som en styrke ved avhandlingen. Dette ble også valgt da det er en etablert posisjonering innenfor sykepleieforskning. Erikssons karitative omsorgsteori er også en ontologisk forankring som er i tråd med det valgte metodologiske ståstedet som har vært Gadammers filosofiske hermeneutikk. Valget er ikke gjort tilfeldig, men på bakgrunn av at det harmonerer og gir en rød tråd gjennom hele studien. For å sikre *pålitelighet* er det flere ting som er gjort. Pålitelighet kan forstås som at en viser til en sammenheng gjennom studien, og at en som forsker kritisk vurderer egen forskningsprosess (Tjora,

2021, s. 231). Når jeg har en hermeneutisk metodologi, betyr dette at jeg fortolker tekst, og min forforståelse for temaet inngår som en naturlig del av forståelsesprosessen (Gadamer, 2010).

Viktig for å vise pålitelighet er at jeg som forsker gjennom hele prosessen har reflektert over min egen posisjon. Jeg har reflektert rundt hvorvidt min erfaring fra sykehjem bidrar til støy i forskningen, eller om min erfaring er et nyttig bidrag. Jeg vil påstå at i denne studien var nettopp min kunnskap om feltet svært nyttig. Et konkret eksempel på dette var at hovedprosjektet søkte etter en stipendiat som kunne gjøre forskning på sykepleiere i sykehjem. Det var derfor fra start at jeg med min erfaring fra sykehjem var tydelig på at denne forskningen kunne ikke *kun* gjøres på sykepleiere. Jeg vil derfor påstå at min erfaring på mange måter har preget studien, og dette gjorde at jeg hadde mye til felles med deltakerne i alle delstudiene. Erfaringen har også vært nyttig når intervjuguiden ble laget, og ved valg om å bruke begreper som pleie i tillegg til åndelig omsorg. Derfor er min erfaring sett på som en styrke med studien. Det at jeg kjente konteksten til studien godt på forhånd, kan også ha vært en begrensning, fordi dette kan ha gjort at jeg på forhånd hadde bestemt meg for hva jeg ville finne og derfor ikke klarte å være like åpen mot feltet (Nilssen, 2012). Derfor har jeg hele tiden vært bevisst min egen forforståelse og prøvd å sette denne «*på spill*», og utfordret den ved å prøve å se hva som steg frem i datamaterialet (Gadamer, 2010, s. 428).

I avhandlingen har det vært en hermeneutisk metodologi. Det å ha en hermeneutisk tilnærming i studien har vært svært formålstjenlig, fordi siktemålet har vært å få en dypere forståelse. Filosofisk hermeneutikk har ikke en spesiell teknikk en skal bruke for å fortolke et materiale. Meningen er ikke å presentere en sannhet, men heller å fortolke og vise til en ny forståelse av det som en studerer (Gadamer, 2010). Samtidig ser jeg at andre retninger også kunne ha vært hensiktsmessige. Mitt ønske med den filosofiske hermeneutikken har hele tiden vært å klare å forstå bedre hva deltakerne i studien har uttrykt med sitt språk. Altså – det transkriberte materialet fra intervju og svar fra de åpne spørsmålene. Filosofisk hermeneutikk er ikke en metode, men det er en måte en som forsker forstår et fenomen ved å fortolke tekst (Gadamer, 2010, s. 277). Som uerfaren forsker kan likevel bruk av en veldig åpen fortolkning være utfordrende. Dette er også noe av det Gadamer og hans filosofiske hermeneutikk er kritisert for (Austgard, 2012). Blant annet fordi alle tolkninger er ikke like troverdige (Debesay et al., 2008). Derfor har jeg i delstudie 1 og 3 brukt ulike rammeverk for fortolkning (Bengtsson, 2016; Braun et al., 2022; Graneheim & Lundman, 2004). Valget om å bruke en «*oppskrift*» for fortolkning, ble gjort fordi jeg aldri hadde fortolket et så stort datamateriale før og fordi jeg var usikker på hvor jeg skulle begynne. Samtidig var jeg nysgjerrig på ulike måter å fortolke. Ved å bruke ulike rammeverk for fortolkning i en doktorgrad, som er en forskerutdanning, opplevde jeg det som svært formålstjenlig. Dette fordi veilederne begge kjente analysemetodene og kunne

veilede meg, samtidig som jeg nå er kjent med tre ulike måter å fortolke tekst på. Jeg har derfor på mange måter fått et bredere spekter. Begrensningen kan da være at jeg ikke har lært meg én fortolkningsmåte grundig gjennom tre artikler.

I min forståelseshorisont inngår det teoretiske perspektivet jeg har lært etter å ha lest om Katie Eriksson. Her kommer også min virkningshistorie, forforståelse og fordommer inn (Rykkje & Ueland, 2022). På den ene siden kan en diskutere hvorvidt en kan kontrollere sin forforståelse, og i hvilken grad forforståelsen har farget studien (Palmér et al., 2022). Slik min forforståelse er brukt i studien, ser jeg på det som et nyttig hjelpemiddel i min forståelsesprosess. Jeg har gjennom hele prosessen prøvd å være bevisst rundt min egen forforståelse. Samtidig kan en ikke være sikker på om den er tilgjengelig for refleksjon (Palmér et al., 2022). Bruk av hermeneutikk i sykepleieforskning er gjort i en årrekke (Austgard, 2012; Corcoran & Cook, 2022; Fleming et al., 2003; Pascoe, 1996). Derfor har den filosofiske hermeneutikken og Erikssons karitative omsorgsteori som ontologisk fundament bidratt til konsistens i forskningsprosessen og dette mener jeg viser pålitelighet i studien.

Overordnet kan en se pålitelighet gjennom at det i alle artiklene er brukt mange direkte sitater som viser transparens (Tjora, 2021, s. 248). Utvelgelsen av sitater ble gjort for å sikre troverdighet og pålitelighet, ved å bruke meningsfulle direkte sitat (Austgard, 2012). De er valgt både fordi de harmonerer til den enkelte artikkels tema, men jeg har også hatt søkelys på å bruke sitater fra ulike profesjoner. I studien har jeg gått inn med en blanding av induktiv og deduktiv tilnærming. Studien har på mange måter hatt en abduktiv tilnærming, hvor jeg startet fra empirien (induksjon), men jeg lot teorien tre frem i løpet av forskningsprosessen (Tjora, 2021, s. 255). Etter fortolkningen av materialet til delstudie 1, valgte jeg imidlertid å bruke Katie Erikssons karitative omsorgsteori som overbærende for alle de tre studiene. Dette på tross av at fortolkningen skjedde med induktiv tilnærming.

**Gyldighet** kan forstås som at det er en logisk sammenheng mellom hvordan studiene er utformet og funn, og om en svarer på forskningsspørsmålene (Tjora, 2021, s. 231). I hele forskningsprosessen har det vært flere usikkerhetsmomenter. Den største har selvfølgelig vært covid-19, som blir mer beskrevet i vedlegget «*Pandemiens påvirkning på forskningsprosessen*». En svakhet er at alle intervjuene til delstudie 1 ble samlet i løpet av to uker med strenge smitteverntiltak. Dette kan ha gjort at jeg ikke har klart å holde like godt fokus under alle intervjuer, og viktig informasjon har kanskje falt bort. Dette kan påvirke gyldigheten til studien. Likevel, selv med covid-19 og at en måtte være tilpasningsdyktig som stipendiat og endre kurs i de ulike delstudiene, så mener jeg at det i sluttproduktet er en logisk sammenheng mellom hvordan studiene er utformet og funnene. Jeg

mener også at de samlet sett svarer på det overordnede forskningsspørsmålet. Derfor viser studien gyldighet (Tjora, 2021, s. 231).

**Refleksivitet** i forskning kan forstås som «*en tolkning av egen tolkning*» (Tjora, 2021, p. 251). For at forskningen skal vise refleksivitet, må en derfor vise hva som er bakteppet for tolkningen. I denne studien er refleksivitet knyttet til det å være bevisst på egen forforståelse. Derfor har jeg skrevet ned tanker og refleksjoner underveis i hele prosessen. Dette har også vært nyttig for å se hvordan den har endret seg i løpet av de siste årene. Ved å beskrive min forforståelse som gjort i kapittel 5, er dette gjort for å ta leseren med inn i mitt bakteppe før, under og etter studien.

Balansen mellom nærhet og distanse overfor deltakerne ble diskutert. Dette fordi jeg forsker i eget felt, og fordi vi forsker på et tema som kan være vanskelig for deltakerne å snakke om. Dette gjorde at tillitsforholdet til deltakerne ble viktig. Åndelighet kan for mange være svært personlig (Nygaard et al., 2022). Derfor måtte vi være observante på hvordan deltakerne opplevde intervjuet. Nærhet til materialet har vært viktig for meg gjennom hele prosessen. Ved å navngi deltakerne har dette hjulpet meg å komme enda tettere på datamaterialet. Det har gjort at de ikke bare er en deltaker, men de har opptrådt som personer i fortolkningsarbeidet. På denne måten opplever jeg at det har vært lettere å ta del i deres forståelseshorisont. Dette har vært en del av min hermeneutiske forståelsesprosess (Gadamer, 2010). Deltakerne trådte tydeligere frem da de ble ikledd et navn. Dette kan også ha gjort at jeg kom for nær materialet, og på den måte kanskje ikke klarte å se alle nyanser. Fordelen ved at jeg kjente feltet og var bevisst på dette fra start har gjort at jeg har prøvd å ha en balanse mellom nærhet og distanse. Likevel kan begrensningen være at jeg ikke har klart å stille like kritiske spørsmål til materialet og til egen forskning (Polit & Beck, 2021). Dette kan ha gjort at materialet får en ensidig tolkning og forståelse.

Ved at studien bygger på tidligere forskning innenfor sykehjem, viser dette studiens **troverdighet**. En styrke ved avhandlingen er derfor å belyse forståelsen av åndelig omsorg med brillene til dem som både bor der og jobber der. Dette mener jeg har vært en god måte å fange virkeligheten til det en ønsket å undersøke. En styrke med datamaterialet til delstudie 1 og 3 er mangfoldet. Under hele prosessen har jeg vært opptatt av å få frem hvem de ansatte er, og hvor viktig det er å få frem alle sine stemmer – ikke bare dem med høyest kompetanse. Det var derfor svært viktig at jeg fikk med deltakere fra flere yrkesgrupper, også de uten noe formell helsefaglig utdanning. Samtidig har jeg lært å stole på meg selv, og ha troen på at det materialet jeg har er viktig. Selv om ikke antallet svar var mange i delstudie 3, så opplevde jeg at det de skrev var viktig. Jeg har hele tiden hatt et ønske om å skrive frem stemmen til alle på sykehjem, og det føler jeg at denne delstudien gir innsikt i. Altså, det

mangfoldet som jobber på et sykehjem. Deltakerne i studie 1 og 3 gir et riktig bilde på sammensetningen som jobber i sykehjem i dag (Claus, 2018). Ulempen med dette utvalget er likevel at det kanskje ikke er generaliserbart, men det blir heller et øyeblikksbilde av de som jobber ved et sykehjem (Cheek et al., 2023). Styrken til hermeneutikk er på å forstå deltakernes stemmer gjennom fortolkning av tekst. Likevel vil kvalitativ forskning kun gi et øyeblikksbilde av virkeligheten vår (Eriksson, 2010). Derfor er det i denne avhandlingen ikke snakket om generalisering eller representativitet, men ønsket om å bidra til en bredere eller ny forståelse av åndelig omsorg på sykehjem (Debesay et al., 2008). Funnene fra de tre delstudiene representerer derfor kun en av mange mulige fortolkninger av tema (Corcoran & Cook, 2022). Likevel vil jeg påstå at fordi materialet er hentet fra nettopp et sykehjem, så gir det et godt overordnet bilde på hvordan åndelig omsorg blir forstått i sykehjem. Dette ga oss derfor en dyp forståelse av åndelig omsorg, og det fanget opp viktig kontekstuell innsikt. Det er i publikasjonene tatt noen valg med tanke på anonymisering av deltakerne. Dette er valget om å ikke lage tabeller med pseudonym, kjønn, arbeidserfaring og religion. Disse opplysningene ville sammen gjøre det lett å kanskje identifisere enkelte deltakere (Cheek et al., 2023, s. 34). Derfor er denne informasjonen utelatt.

Etter å ha jobbet med avhandlingen i tre år sitter jeg igjen med ulike erfaringer. Begreper og forståelse er komplekst, og dette er nært bundet til vår virkningshistorie og forståelse. For hvis en ikke har hørt om noe fra før, så kan en heller ikke forstå hva det er. Fra delstudie 1 tar jeg med meg hvor viktig ordbruk og forståelse av et begrep er. Jeg fikk flere e-poster i ettertid fra kontaktpersonen om at deltakerne fra delstudie 1 hadde kommet tilbake til avdelingen med stjerner i blikket. Nå hadde de nemlig lært om noe viktig som de ikke kunne fra før, og som de faktisk kunne klare å gjøre for pasienten, men som de ikke umiddelbart tenkte på som viktig. En annen erfaring jeg sitter igjen med, som har vært en stor styrke med delstudie 2, er samarbeidet mellom flere forskere. Jeg fikk erfart hvordan en jobber sammen som gruppe med en felles tekst, og hvor viktig alles innspill er. Vi møttes sammen en gang i uken, dro på skriveseminar og diskuterte materialet grundig. Dette samarbeidet ser jeg på som en stor styrke ved avhandlingen. En annen stor styrke ved avhandlingen er inkluderingen av beboere på sykehjem.

Det å rekruttere eldre til forskning kan by på utfordringer knyttet til helseproblemer, redusert evne til å gi samtykke eller sosiale og kulturelle barrierer (Mody et al., 2008). Personer med demens blir ofte ekskludert fra forskning uten grunn, og stemmen deres blir ofte fortalt gjennom andre (Taylor et al., 2012). I denne avhandlingen er intervju av personer med demens sett på som en styrke, men det er likevel flere utfordringer med dette (Cridland et al., 2016). Den største utfordringen er knyttet til muligheten til å gi informert samtykke. Dette gjør at mange automatisk ekskluderer beboere med

demens fra forskningen (Taylor et al., 2012). Cheek et al. (2023, s. 32) stiller spørsmålet om hvem som egentlig skal bestemme hvilke deltakere som kan delta i en studie eller ikke. For er det ikke bedre at personen med en demens diagnose får snakke for seg selv? I det følgende bruker jeg begrepet beboer, dette inkluderer både deltakerne med demens og dem uten. Dette fordi et viktig aspekt når en inkluderer sykehjemsbeboere i forskning er kompleksiteten. Beboere på sykehjem i dag har mange alvorlige diagnoser som kan gi utfordringer under et intervju (Hoen & Abrahamsen, 2023; Statistisk sentralbyrå, 2023; Wergeland et al., 2015). Derfor vil forskning som refererer til intervju med beboere med demens også være relevant for dem uten. Jeg vil i det følgende fokusere på styrkene ved å intervju beboere på sykehjem fordi dette er noe som bør løftes frem.

Som nevnt tidligere møttes forskerne og sykehjemslederne for å sikre en felles forståelse av hvem som skulle inviteres, og begrunnelse for manglende deltakelse ble bestemt. Beslutningen om inkludering ble tatt av personell som kjente beboerne. Derfor var det ansatte på den enkelte avdeling som bestemte hvem som kunne inkluderes. Det å bruke kjente som inkluderte er også anbefalt i forskning (Cridland et al., 2016). Denne måten å inkludere på er en stor styrke ved designet på delstudien. På denne måten skiftet vi fokus fra å tenke på personer med demens som en hel, sårbar gruppe. Istedenfor tenkte vi på den enkelte beboer, og om de hadde mulighet til å holde en samtale om åndelig omsorg og trivsel (Cheek et al., 2023, s. 32). Dette fordrer at forskerne kjenner til settingen og etiske prinsipper som ikke-skade, der målet om å ivareta enkeltindividet står sentralt (Hummelvoll et al., 2010, s. 51-52). Det ble også diskutert når på dagen det er mest hensiktsmessig å gjøre intervju. Derfor var vi som intervjuere åpne og ventet til deltakeren var ferdig på en aktivitet eller lignende. Dette anbefaler også Cridland et al. (2016). Under et intervju på sykehjem trer en inn i beboeren sitt hjem, og det kan være umulig å forutse hvordan intervjuet vil ta vei (Heggstad et al., 2013). Derfor så vi det som hensiktsmessig at de forskerne som intervjuet hadde bred kjennskap til eldre, personer med demens og erfaring fra intervju og/eller fra sykehjemssektoren. Dette anses som en viktig faktor for at intervjuet skal lykkes (Shannon et al., 2021). Derfor hadde vi et tydelig fokus på at samtalen med beboeren var tilpasset deres behov for pauser, tydelig tale, repetisjon og ekstra forklaringer. Denne tilnærmingen harmonerer med tidligere forskning (Cridland et al., 2016; Shannon et al., 2021). FACIT-Sp-12 ble skrevet ut med stor skrift og deltakerne fikk holde et eget scoringsark. Ved at beboerne selv så spørsmålene, økte dette mest sannsynlig deres mulighet til å svare. Det å ha elementer under intervju som påminner deltakerne om at det er et intervju er anbefalt, også i tidligere forskning (Cridland et al., 2016). Hvis beboerne ikke forsto spørsmålet, ble det lest på nytt. Under intervjuet var vi veldig observante på tegn til om beboerne var slitne, ukomfortable eller om de ønsket å avslutte. Derfor var intervjuene korte. En annen styrke ved designet var at alle deltakerne

ble spurt om de ønsket å videreformidle noe til sykehjemspersonalet og om de ønsket oppfølging fra sykehjemspresten. Dette var noe de aller fleste takket ja til.

Bruk av språk som beboerne forstår, og det å ikke bruke termer som «*du er deltaker i denne studien*», men heller referere til personen, er spesielt viktig når samtykke skal beskrives (Cridland et al., 2016). Når en inkluderer personer med demens i forskning, må en være oppmerksom på pasienten og at ting i et intervju kan være uforutsigbart. Som forsker må en derfor være sensitiv i møtet og samspillet med den eldre pasienten (Heggstad et al., 2013). Et standardisert spørreskjema kan fungere godt i intervju med beboere med demens, da spørsmålene er konkrete. Spørsmålene i FACIT-sp-12 ble som et springbrett for refleksjon over levd liv. Derfor anbefales det å ha et standardisert spørreskjema, snarere enn veldig åpne spørsmål. Eksempel på dette er at det var lettere å svare om en opplevde en indre ro, enn om en trivdes på sykehjem.

Likevel så vi at spørsmål som omhandlet sykdom, og mer åpne spørsmål, var vanskelige å svare på. Dette er funnet hos andre også (Cridland et al., 2016). Erfaringen etter delstudie 2 er at deltakere fra sykehjem har mye å komme med i en intervjusituasjon, men det er flere etiske aspekter en må ha tenkt gjennom i forkant. Samtykket som deltakerne skulle skrive under på var på seks sider. Det er helt nødvendig at intervjuer har kompetanse om personer med demens for å klare å formidle dette samtykket. Det å inkludere deltakere med demens og andre beboere på sykehjem vil tydeliggjøre deres stemme og vise at også de er viktige tilhørere i samfunnet. Derfor må vi fortsette å inkludere beboere på sykehjem, men det må gjøres med forsiktighet, kjærlighet og ikke minst av forskere som kjenner pasientgruppen og sykehjemssektoren.

## 8 Avhandlingens bidrag til forskningsfeltet

Avhandlingen bidrar med ny og utvidet kunnskap om hvordan åndelig omsorg blir forstått i en sykehjemskontekst. Samtidig setter avhandlingen søkelys på hvordan ansatte i sykehjem kan romme beboernes åndelighet - uavhengig av profesjonell bakgrunn og erfaring.

Funnene fra studien har relevans for sykehjem, men de er også nyttige for andre settinger i helsevesenet. Jeg mener at funnene fra studien kan overføres til andre deler av helsevesenet, da de er like relevante på en kirurgisk avdeling som på en intensivavdeling. Dette skyldes at funnene er passende til alle steder hvor et omsorgsfellesskap mellom pleier og pasient finner sted. Lokalt på sykehjemmet hvor studien ble gjennomført, håper jeg at forskningen min har bidratt til økt forståelse hos den enkelte og skapt et større fokus og bevissthet omkring åndelig omsorg. Dette ble oppnådd gjennom fokusgrupper og intervjuer som jeg gjennomførte. På sykehjemmet har jeg mottatt tilbakemeldinger om at de som ble intervjuet, vendte tilbake til sine avdelinger med stjerner i øynene. De opplevde at muligheten til å diskutere åndelig omsorg, samt å bli påminnet og opplyst om den åndelige dimensjonen, var betydningsfullt. På nasjonalt nivå håper jeg at forskningen min, spesielt modellen, kan være en ny tilnærming til å forstå hvordan åndelig omsorg kan forstås på en praksisnær måte i sykehjem og andre deler av helsetjenesten.

På internasjonalt nivå ønsker jeg å rette oppmerksomheten mot Norge og hvordan ansatte og beboere ved et norsk sykehjem forstår begrepet åndelig omsorg. Her og også inklusjonen av sykehjemsbeboere et viktig og nytt bidrag til forskningsfeltet. Avhandlingen ønsker også å bidra til å forsøke å forklare den norske konteksten og utfordringene som kan oppstå i forståelsen av åndelig omsorg, med tanke på at det er nært knyttet til kristen tro i en norsk kontekst. Jeg vil også belyse betydningen av å forstå åndelig omsorg som helhetlig omsorg, og hvordan valg av ord kan avgjøre hvordan temaet formidles. Kunnskapsdeling på tvers av landegrensener er avgjørende innen forskning, og jeg tror at studien min kan gi et klart bilde av hvordan åndelighet er forstått i et sekulært land.

### 8.1 Implikasjoner for praksis og utdanning

Studien bidrar med kunnskaper som kan dekke et kunnskapshull omkring forståelse av åndelig omsorg på sykehjem, og inkluderer beboere med en demensdiagnose. Avhandlingen bidrar til en ny måte å forstå åndelig omsorg på, som på mange måter tar begrepet tilbake til begrepsbruken som praksis selv bruker. Forslag til tiltak kan derfor være å ha fokus på kommunikasjon i stell-situasjoner, med mål om at dette skal ivareta helhetlig omsorg hos beboerne. Et videre mål for praksis kan være å ta i bruk modellen og lage undervisningsopplegg som bygger på det å se, forstå og romme beboernes åndelighet i sykehjem. Ja, og som knytter dette til å pleie, leke og lære i klinisk praksis. Videre kan



modellen brukes til undervisning av studenter i grunnleggende sykepleie og i praksissituasjoner - samt andre profesjoner.

En implikasjon for praksis og utdanning er bidraget til undervisning av ansatte i sykehjem og helsepersonell. Dette fordi jeg mener at funnene og hvordan åndelig omsorg forstås i en klinisk kontekst, har høy verdi. Det er lett å forstå, og lett å ta inn i den kliniske hverdagen. Dette funnet mener jeg vil berike hvordan en kan undervise innen åndelig omsorg. Avhandlingen viser en forståelse av hvordan en kan undervise om åndelig omsorg på en grunnleggende og praksisnær måte. Ved å ha opplæring av alle ansatte på sykehjem, bidrar dette til kvalitetsforbedring og praksisutvikling. Forhåpentligvis vil dette gagne beboerne.

Et viktig funn fra studien handler om å lære helsepersonell å se hele pasienten, også bak diagnosen. Her er bruk av lek i undervisning om åndelig omsorg sentralt, og kan bidra til at ansatte lærer å bruke sitt fulle spillerom i møte med beboerne. Funnene fra avhandlingen kan brukes for å synliggjøre betydningen av at beboeren føler seg hjemme i sykehjemmet. Det kan gjøres ved å ha fokus på hvem personen er ved å ta i bruk livshistorien deres. Her er også pleiekulturen og tydelig forankring i ledelsen viktig.

## 8.2 Videre forskning

Avhandlingen illustrerer hvordan begrepet åndelig omsorg kan bli forstått i sykehjem gjennom å se, forstå og romme beboerne, men modellen er ikke testet i sykehjem. Dette åpner for videre forskning som kan utforske hvordan modellen kan implementeres i undervisning på sykehjem, og evaluere effekten av denne implementeringen. Dette kan knyttes til forskning om hvordan beboere føler seg hjemme, og hvorvidt undervisning av ansatte påvirker beboernes liv.

Studien har inkludert beboere med demensdiagnoser og deres forståelse og erfaring med åndelig omsorg. Videre forskning bør sette søkelys på å lage flere oppsummerende studier som ser på åndelig omsorg og personer med demens i sykehjem.

Det kulturelle aspektet er noe diskutert i studien, men dette kan utforskes mer. Det vil bli et økende mangfold blant ansatte i sykehjem. Forskning bør derfor rettes mot å se på hvordan ansatte i sykehjem bruker sin kulturelle og religiøse bakgrunn i møtet med beboeren, og hvordan kulturell og religiøs bakgrunn og synet på omsorg henger sammen. Det er foreløpig ikke mange beboere som har annen tro eller kulturell bakgrunn enn den norske. Dette vil endres, og forskning i fremtiden bør derfor se på hvordan beboere med ulik kulturell og religiøs bakgrunn blir ivaretatt, både i byer og

rurale strøk. Mangfoldet, altså alle ansatte på sykehjemmet – også de uten noen formell utdanning – må tas med som likeverdige i forskning. Dette fordi det i fremtiden vil være mange ufaglærte i sykehjem. Da er det viktig at også disse er inkludert i forskningen, slik at deres stemme og perspektiv blir studert.

## Referanser

- Ali, F. S. A. & Abushaikh, L. (2019). Hermeneutics in nursing studies: an integrative review. *Open Journal of Nursing*, 9(2), 137-151. <https://doi.org/10.4236/ojn.2019.92013>
- Ali, G., Wattis, J. & Snowden, M. (2015). Why are spiritual aspects of care so hard to address in nursing education? A literature review (1993-2015). *International Journal of Multidisciplinary Comparative Studies*, 2(1), 7-31. <https://doi.org/10.4236/ojn.2019.92013>
- Alvesson, M. & Sköldböck, K. (2017). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (3. utg.). Studentlitteratur.
- Association, W. M. (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Austgard, K. (2012). Doing it the Gadamerian way – using philosophical hermeneutics as a methodological approach in nursing science. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 829-834. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00993.x>.
- Bahrain, S., Wazni, L. & Demers, C. (2019). The accuracy of measures in screening adults for spiritual suffering in health care settings: A systematic review. *Palliative and Supportive Care*, 18(1), 89-102. <https://doi.org/10.1017/S1478951519000506>
- Balboni, T. A., Paulk, M. E., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Loggers, E. T., Wright, A. A., Block, S. D., Lewis, E. F., Peteet, J. R. & Prigerson, H. G. (2010). Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *Journal of Clinical Oncology*, 28(3), 445. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.24.8005>
- Baldacchino, D. (2015). *Spiritual care education of health care professionals*. European Conference on Religion Spirituality and Health, Malta. <https://doi.org/10.3390/rel6020594>
- Batstone, E., Bailey, C. & Hallett, N. (2020). Spiritual care provision to end-of-life patients: A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 3609-3624. <https://doi.org/10.1111/jocn.15411>
- Baxter, R., Corneliusson, L., Björk, S., Kloos, N. & Edvardsson, D. (2021). A recipe for thriving in nursing homes: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 77(6), 2680-2688. <https://doi.org/10.1111/jan.14775>
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *Nursing Plus open*, 2, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>
- Bergbom, I., Nåden, D. & Nyström, L. (2021). Katie Eriksson's caring theories. Part 1. The caritative caring theory, the multidimensional health theory and the theory of human suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36, 782-790. <https://doi.org/10.1111/scs.13036>
- Braun, V., Clarke, V. & Braun, V. (2022). *Thematic analysis : a practical guide*. SAGE.
- Bruce, S. (2011). *Secularization: In defence of an unfashionable theory*. Oxford University Press.
- Cheek, J., Cheek, J. & Øby, E. (2023). *Research design : why thinking about design matters*. SAGE.
- Clarke, J. (2013). *Spiritual care in everyday nursing practice : a new approach*. Palgrave Macmillan.
- Claus, G. (2018). *Innvandrere står for 1 av 6 årsverk innen omsorg*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/innvandrerne-sto-for-1-av-6-arsverk-innen-omsorg>
- Cockell, N. & McSherry, W. (2012). Spiritual care in nursing: an overview of published international research. *Journal of nursing Management*, 20(8), 958-969. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01450.x>
- Cone, P. & Giske, T. (2022). *The nurse's Handbook of Spiritual Care*. Wiley Blackwell.
- Cone, P. H., Lassche-Scheffer, J., Bø, B., Kuvén, B. M., McSherry, W., Owusu, B., Ross, L., Schep-Akkerman, A., Ueland, V. & Giske, T. (2023). Strengths and challenges with spiritual care: Student feedback from the EPICC Spiritual Care Self-Assessment Tool. *Nursing open*, 10(10), 6923-6934. <https://doi.org/10.1002/nop2.1946>

- Corcoran, L. & Cook, K. (2022). The philosophy of Hans-Georg Gadamer: An exemplar of the complicated relationship between philosophy and nursing practice. *Nursing inquiry*, 30(1), e12509. <https://doi.org/10.1111/nin.12509>
- Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Creswell, J. W., Poth, C. N. & Creswell, J. W. (2018). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (4. utg.). Sage.
- Cridland, E. K., Phillipson, L., Brennan-Horley, C. & Swaffer, K. (2016). Reflections and recommendations for conducting in-depth interviews with people with dementia. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1774-1786. <https://doi.org/10.1177/1049732316637065>
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* Universitetsforlaget.
- De Clercq, E. & Gamondi, C. (2023). Challenges for palliative care professionals in providing spiritual care to patients from religious or cultural minority groups: a scoping review of the literature. *International Journal of Palliative Nursing*, 29(1), 6-16. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2023.29.1.6>
- De Nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. <https://www.forskningsetikk.no/en/guidelines/general-guidelines/>
- Debesay, J., Nåden, D. & Slettebø, Å. (2008). How do we close the hermeneutic circle? A Gadamerian approach to justification in interpretation in qualitative studies. *Nursing inquiry*, 15(1), 57-66. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2008.00390.x>
- Den Norske Kirke. (2021). *Inn- og utmeldinger i koronaåret* Hentet 26/10 fra <https://kirken.no/nb-NO/om-kirken/aktuelt/inn-%20og%20utmeldinger%20i%20korona%C3%A5ret/>
- Disch, P. G. (2022). *En livssynsåpen helse-og omsorgstjeneste? - En studie av hvordan tjenestemottakernes muligheter til tros-og livssynsutøvelse ivaretas i den kommunale helse-og omsorgstjenesten* (8283401289). <https://kudos.dfo.no/documents/51797/files/34245.pdf>
- EPICC. (2022, 27/11/23). *EPICC standard for utdanning i åndelig omsorg*. <https://www.vid.no/site/assets/files/33905/epicc-standard-norsk-vid.pdf>
- Eriksson, K. (1990). *Pro caritate : en lägesbestämning av caritativ vård* (Bd. 2/1990).
- Eriksson, K. (1996). *Omsorgens idé*. Munksgaard.
- Eriksson, K. (1997). Caring, spirituality and suffering. I M. S. Roach (Red.), *Caring from the heart: The convergence of caring and spirituality*. Paulist Press.
- Eriksson, K. (2010). Evidence: To see or not to see. *Nursing science quarterly*, 23(4), 275-279. <https://doi.org/10.1177/0894318410380271>
- Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: vetenskapen om vårdandet: om det tidlösa i tiden*. I. Liber.
- Eriksson, K. & Lindström, U. Å. (2003). *Gryning : II : Klinisk vårdvetenskap*. (Bd. II). Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Erikssons, K. (1997). Caring, spirituality and suffering. I M. S. Roach (Red.), *Caring from the heart: The convergence of caring and spirituality*. Paulist Press.
- Erikssons, K. & Bergbom, I. (2022). Begrepp och begreppsbildning inom vårdvetenskap som disciplin. I L. Wiklund Gustin & M. Asp (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (3. utg., s. 27-41). Studentlitteratur AB.
- FACIT. (2023). *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being 12 Item Scale (FACIT-Sp-12)*. <https://www.facit.org/measures/facit-sp-12>
- Fleming, V., Gaidys, U. & Robb, Y. (2003). Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. *Nursing inquiry*, 10(2), 113-120. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2003.00163.x>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (56). Kunnskapsdepartementet. <https://lovdata.no/lov/2017-04-28-23>
- Gadamer, H.-G. (2010). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk* Pax.
- Gadamer, H. (2003). *Forforståelsens filosofi*. Cappelen Akademisk forlag.

- Gage, J. (2023). Faith Integration and Spiritual Care in Nursing: A Pragmatic Utility Analysis. *Journal of Faith in the Academic Profession*, 2(2), 71-78.  
<https://doi.org/https://cbuopenpublishing.org/index.php/jfap>
- Gautam, S., Montayre, J. & Neville, S. (2022). Seeking and maintaining connections: A grounded theory study of maintaining spirituality in residential aged care facilities. *International journal of older people nursing*, 17(3), 1-12. <https://doi.org/10.1111/opn.12435>
- Gautam, S., Neville, S. & Montayre, J. (2019). What is known about the spirituality in older adults living in residential care facilities? An Integrative review. *International journal of older people nursing*, 14(2), e12228. <https://doi.org/10.1111/opn.12228>
- Gautun, H. (2021). For få på jobb? Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. *Søkelys på arbeidslivet*, 38(2), 142-157. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2021-02-05>
- Gijsberts, M.-J. H., Liefbroer, A. I., Otten, R. & Olsman, E. (2019). Spiritual care in palliative care: a systematic review of the recent European literature. *Medical Sciences*, 7(2), 25.  
<https://doi.org/10.3390/medsci7020025>
- Gilje, N. (2019). *Hermeneutikk som metode : ein historisk introduksjon*. Samlaget.
- Giske & Cone. (2015). Discerning the healing path – how nurses assist patient spirituality in diverse health care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19-20), 2926-2935.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.12907>
- Giske & Cone. (2019). *Å ta vare på heile mennesket*. Samlaget.
- Giske, T. (2012). How undergraduate nursing students learn to care for patients spiritually in clinical studies—a review of literature. *Journal of nursing Management*, 20(8), 1049-1057.  
<https://doi.org/10.1111/jonm.12019>
- Giske, T., Schep-Akkerman, A., Bø, B., Cone, P. H., Moene Kuven, B., Mcsherry, W., Owusu, B., Ueland, V., Lassche-Scheffer, J. & van Leeuwen, R. (2023). Developing and testing the EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool for student nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*, 32(7-8), 1148-1162. <https://doi.org/10.1111/jocn.16261>
- Gleditsch, R. F. M. J., Syse, T. & Syse, A. (2020). *Nasjonale befolkningsframskrivinger 2020. Modeller, forutsetninger og resultater*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/nasjonale-befolkningsframskrivinger-2020>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Halil, E. & Kardaş, S. (2017). Spiritual well-being: Scale development and validation. *Spiritual Psychology and Counseling*, 2(1), 73-88. <https://doi.org/10.12738/spc.2017.1.0022>
- Harrington, A., Williamson, V. & Goodwin-Smith, I. (2019). Understanding the diverse forms of spiritual expression of older people in residential aged care in Australia. *Journal of Religion & Health*, 58(5), 1561-1572. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-00742-1>
- Haugan, G. (2015). The FACIT-Sp spiritual well-being scale: an investigation of the dimensionality, reliability and construct validity in a cognitively intact nursing home population. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 152-164.
- Haugland, B. Ø. & Giske, T. (2021). Nursing Students Explore Meaningful Activities for Nursing Home Residents: Enlivening the Residents by Cultivating Their Spark of Life. *Nursing Reports*, 11(2), 217-228. <https://doi.org/10.3390/nursrep11020022>
- Haverland, M. & Yanow, D. (2012). A hitchhiker's guide to the public administration research universe: surviving conversations on methodologies and methods. *Public Administration Review*, 72(3), 401-408. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2011.02524.x>
- Hawthorne, D. M. & Gordon, S. C. (2020). The invisibility of spiritual nursing care in clinical practice. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 147-155. <https://doi.org/10.1177/0898010119889704>
- Heggestad, A. K. T., Nortvedt, P. & Slettebø, Å. (2013). The importance of moral sensitivity when including persons with dementia in qualitative research. *Nursing ethics*, 20(1), 30-40.  
<https://doi.org/10.1177/0969733012455564>

- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
- Hilli, Y. & Eriksson, K. (2019). The home as ethos of caring: A concept determination. *Nursing ethics*, 26(2), 425-433. <https://doi.org/10.1177/0969733017718395>
- Hirakawa, Y. (2014). Emotional and spiritual pain and suffering of older people with end-of-life dementia from the perspective of nurses and care workers: A qualitative study. *Journal of Nursing and Care*, 3(6), 212. <https://doi.org/10.4172/2167-1168.1000212>
- Hoen, B. & Abrahamsen, D. (2023). *Sykehjem og hjemmetjenesten i Norge*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sykehjem-og-hjemmetjenesten-i-norge>
- Hummelvoll, J. K., Andvig, E. & Lyberg, A. (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Gyldendal akademisk.
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. International Council of Nurses. [https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN\\_Code-of-Ethics\\_EN\\_Web\\_0.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf)
- Isene, T.-A., Kjørven Haug, S. H., Stifoss-Hanssen, H., Danbolt, L. J., Ødbehr, L. S. & Thygesen, H. (2021). Meaning in life for patients with severe dementia: a qualitative study of healthcare professionals' interpretations. *Frontiers in Psychology*, 12, 701353. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.701353>
- Jones, C. L. C. (2020). Spiritual well-being in older adults: A concept analysis. *Journal of Christian Nursing*, 37(4), E31-E38. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000770>
- Jones, K. F., Paal, P., Symons, X. & Best, M. C. (2021). The content, teaching methods and effectiveness of spiritual care training for healthcare professionals: A mixed-methods systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 62(3), e261-e278. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.03.013>
- Kai-Lai, T., Chang, P.-F. J., Mathew, A. J., Richard, C., Davidson, H. A. & Hersch, G. I. (2022). Exploring spirituality of elders relocating into long-term care facilities. *Open Journal of Occupational Therapy*, 10(2), 1-11. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1959>
- Kelly, M. (2010). The role of theory in qualitative health research. *Family practice*, 27(3), 285-290. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp077>
- Kleiven, T., Cusveller, B., Nygaard, M. R., Miksic, S., Boughey, A. & McSherry, W. (2021). What do we mean by spirituality and spiritual care IW. McSherry, A. Boughey & J. Attard (Red.), *Enhancing nurses' and midwives' competence in providing spiritual care : Through innovative education and compassionate care*. Springer International Publishing.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Sage publications.
- La Cour, P., Ausker, N. H. & Hvidt, N. C. (2012). Six understandings of the word 'spirituality' in a secular country. *Archive for the Psychology of Religion*, 34(1), 63-81. <https://doi.org/10.1163/157361212X649634>
- Lavik, M. H., Gripsrud, B. H. & Ramvi, E. (2021). How do migrant nursing home staff relate to religion in their work with patients who are approaching death? *Journal of Holistic Nursing*, 39(3), 254-269. <https://doi.org/10.1177/0898010120973544>
- Lewinson, L. P., McSherry, W. & Kevern, P. (2015). Spirituality in pre-registration nurse education and practice: A review of the literature. *Nurse education today*, 35(6), 806-814. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.01.011>
- Lewinson, L. P., McSherry, W. & Kevern, P. (2018). "Enablement"—spirituality engagement in pre-registration nurse education and practice: A grounded theory investigation. *Religions*, 9(11), 356. <https://doi.org/10.3390/rel9110356>

- Lifshitz, R., Nimrod, G. & Bachner, Y. G. (2019). Spirituality and wellbeing in later life: a multidimensional approach. *Aging & Mental Health*, 23(8), 984-991. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1460743>
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Lucchetti, G., Prieto Peres, M. F. & Damiano, R. F. (2019). *Spirituality, religiousness and health : From research to clinical practice* (Bd. 4). Springer International Publishing.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring*. Universitetsforlaget.
- Mascio, R., Best, M., Lynch, S., Phillips, J. & Jones, K. (2022). Factors influencing nurse spiritual care practices at the end of life: A systematic review. *Palliative & Supportive Care*, 20(6), 878-896. <https://doi.org/10.1017/S1478951521001851>
- McSherry, W. (2006). *Making sense of spirituality in nursing and health care practice: an interactive approach* (2. utg.). Jessica Kingsley.
- McSherry, W., Ross, L., Attard, J., van Leeuwen, R., Giske, T., Kleiven, T., Boughey, A. & EPICC. (2020). Preparing undergraduate nurses and midwives for spiritual care: Some developments in European education over the last decade. *Journal for the Study of Spirituality*, 10(1), 55-71. <https://doi.org/10.1080/20440243.2020.1726053>
- Meld. St. nr. 15 (2017-2018). *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre* H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Mody, L., Miller, D. K., McGloin, J. M., Freeman, M., Marcantonio, E. R., Magaziner, J. & Studenski, S. (2008). Recruitment and retention of older adults in aging research. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(12), 2340-2348. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02015.x>
- Monod, S. M., Rochat, E., Büla, C. J., Jobin, G., Martin, E. & Spencer, B. (2010). The spiritual distress assessment tool: an instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons. *BMC geriatrics*, 10(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-88>
- Nandram, S., Bindlish, P. & Joshi, G. (2023). Defining spiritual care from a hindu perspective: Lessons from the dutch context. *Academy of Management Proceedings*,
- Nilssen, V. L. (2012). *Analyse i kvalitative studier : den skrivende forskeren*. Universitetsforl.
- Nissen, R., Falkø, E., Stripp, T. K. & Hvidt, N. C. (2021). Spiritual needs assessment in post-secular contexts: an integrative review of questionnaires. *International journal of environmental research and public health*, 18(24), 12898. <https://doi.org/10.3390/ijerph182412898>
- Nissen, R., Viftrup, D. T. & Hvidt, N. C. (2021). The process of spiritual care. *Frontiers in Psychology*, 12(13), 674453. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.674453>
- Nolan, S., Saltmarsh, P. & Leget, C. J. (2011). Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. *European Journal of Palliative Care*, 86-89.
- Norsk Sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 2208 fra <https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-11/yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleie.pdf>
- Nuraeni, A., Suryani, S., Trisyani, Y. & Anna, A. (2023). Islamic spiritual care, depression, and quality of life among patients with heart disease: A systematic review. *Journal of Holistic Nursing*. <https://doi.org/10.1177/08980101231180514>
- Nygaard, M. R., Austad, A., Sørensen, T., Synnes, O. & McSherry, W. (2022). 'Existential' in Scandinavian healthcare journals: An analysis of the concept and implications for future research. *Religions*, 13(10), 979. <https://doi.org/10.3390/rel13100979>
- Nystrøm, L., Lindstrøm, U., Zetterlind, E. (2021). *Nursing theorists and their work*. I (10 utg. utg.). Elsevier.
- Näsman, Y. (2020). The theory of caritative caring: Katie Eriksson's theory of caritative caring presented from a human science point of view. *Nursing philosophy*, 21(4), e12321. <https://doi.org/10.1111/nup.12321>
- O'Brien, M. R., Kinloch, K., Groves, K. E. & Jack, B. A. (2019). Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of

- spiritual care training. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1-2), 182-189.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.14648>
- Paley, J. (2008). Spirituality and nursing: a reductionist approach. *Nursing philosophy*, 9(1), 3-18.  
<https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2007.00330.x>
- Palmer, J. A., Hilgeman, M., Balboni, T., Paasche-Orlow, S. & Sullivan, J. L. (2022). The spiritual experience of dementia from the health care provider perspective: Implications for intervention. *The Gerontologist*, 62(4), 556-567. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab134>
- Palmér, L., Nyström, M., Ekeberg, M., Lindberg, E. & Karlsson, K. (2022). Pre-Understanding—A Threat to Validity in Qualitative Caring Science Research? <https://doi.org/10.20467/IJHC-2021-0013>
- Pascoe, E. (1996). The value to nursing research of Gadamer's hermeneutic philosophy. *Journal of Advanced Nursing*, 24(6), 1309-1314. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb01039>
- Pennbrant, S., Hjorton, C., Nilsson, C. & Karlsson, M. (2020). "The challenge of joining all the pieces together" – Nurses' experience of palliative care for older people with advanced dementia living in residential aged care units. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 3835-3846.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.15415>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (11. utg.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Reeves, S., Albert, M., Kuper, A. & Hodges, B. D. (2008). Why use theories in qualitative research? *Bmj*, 337. <https://doi.org/10.1136/bmj.a949>
- Rokstad, A. M. M., Anvik, C. H. & Ødegård, A. (2023). *Sykehjemmet : hjem, helseinstitusjon og arbeidsplass*. Fagbokforlaget.
- Ross, L. (2006). Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 852-862. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01617.x>
- Ross, L. & McSherry, W. (2018). *Two questions that ensure person-centred spiritual care* [78-80]. <https://rcni.com/nursing-standard/features/two-questions-ensure-person-centred-spiritual-care-137261>
- Rykkje, L. (2014). *Kjærlighet i forbundethet: en kraft i gamle menneskers åndelighet og verdighet*. Åbo Akademi.
- Rykkje, L. (2016). Forståelse av åndelighet og åndelig omsorg for gamle mennesker – en hermeneutisk studie. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 12(1), 49.  
<https://doi.org/10.7557/14.3780>
- Rykkje, L., Eriksson, K. & Råholm, M.-B. (2012-2013). Spirituality and caring in old age and the significance of religion - a hermeneutical study from Norway. *Journal of Scandinavian Caring Science* <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01028.x>
- Rykkje, L., Eriksson, K. & Riholm, M.-B. (2011). A qualitative metasynthesis of spirituality from a caring science perspective. *International Journal of Human Caring*, 15(4), 40-53.  
<https://doi.org/10.20467/1091-5710.15.4.40>
- Rykkje, L. & McSherry, W. (2021). Spiritual Care and Dignity in Old Age. I S. Thornton (Red.), *Understanding Ageing for Nurses and Therapists* (s. 39-49). Springer.
- Rykkje, L., Morland, M., Ferstad, K. & Kuven, B. M. (2023). A qualitative hermeneutical understanding of spiritual care in old age when living in a nursing home: The residents' voices. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.16855>
- Rykkje, L. & Råholm, M.-B. (2014). Understanding older peoples' experiences of dignity and its significance in caring—A hermeneutical study. *International journal for human caring*, 18(1), 17-26. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.18.1.17>
- Rykkje, L., Søvik, M. B., Ross, L., McSherry, W., Cone, P. & Giske, T. (2021). Educational interventions and strategies for spiritual care in nursing and healthcare students and staff: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(11-12), 1440-1464.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.16067>
- Rykkje, L. & Ueland, V. (2022). En dialog med tekster – fortolkning i lys av Gadamers filosofiske hermeneutikk. *Nordisk sygeplejeforskning*, 12(4), 1-12. <https://doi.org/10.18261/nsf.12.4.6>



- Råholm, M. & Eriksson, K. (2001). Call to life: Exploring the spiritual dimension as a dialectic between suffering and desire experienced by coronary bypass patients. *International Journal of Human Caring*, 5(1), 14. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.5.1.14>
- Santos, L. B., Menezes, T. M. d. O., Freitas, R. A. d., Sales, M. G. S., Oliveira, A. L. B. d. & Nunes, A. M. P. B. (2021). Care for the spiritual dimension provided by caregivers in a nursing home. *Revista Brasileira de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0402>.
- Scortegagna, H. d. M., Pichler, N. A. & Faccio, L. F. (2018). The experience of spirituality among institutionalized elderly people. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21, 293-300. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180011>
- Selman, L. E., Brighton, L. J., Sinclair, S., Karvinen, I., Egan, R., Speck, P., Powell, R. A., Deskur-Smielecka, E., Glajchen, M. & Adler, S. (2018). Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliative medicine*, 32(1), 216-230. <https://doi.org/10.1177/0269216317734954>
- Shannon, K., Montayre, J. & Neville, S. (2021). Nothing about us without us: research methods enabling participation for aged care residents who have dementia. *International Journal of Qualitative Methods*, 20. <https://doi.org/10.1177/16094069211055938>
- Sharma, R. K., Astrow, A. B., Texeira, K. & Sulmasy, D. P. (2012). The spiritual needs assessment for patients (SNAP): development and validation of a comprehensive instrument to assess unmet spiritual needs. *Journal of pain and symptom management*, 44(1), 44-51. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.07.008>
- Sivonen, K. (2000). *Vården och det andliga : en bestämning av begreppet "andlig" ur ett vårdvetenskapligt perspektiv* [Åbo Akademis förlag].
- Sivonen, K. (2022). Själ och ande II. Wiklund Gustin & M. Asp (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (3. utg., s. 109-124). Studentlitteratur AB.
- Statistisk centralbyrå. (2023). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>
- Steenfeldt, V. Ø., Viftrup, D. T. & Hvidt, N. C. (2019). *Åndelig omsorg*. Munksgaard.
- Steinhauser, K. E., Fitchett, G., Handzo, G. F., Johnson, K. S., Koenig, H. G., Pargament, K. I., Puchalski, C. M., Sinclair, S., Taylor, E. J. & Balboni, T. A. (2017). State of the science of spirituality and palliative care research part I: definitions, measurement, and outcomes. *Journal of pain and symptom management*, 54(3), 428-440. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.028>
- Stoll, R. I. (1989). *The essence of spirituality*. <http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/17841/1/93.pdf.pdf>
- Store norske leksikon. (2005 - 2007). *Caritas i Store norske leksikon på snl.no*. <https://snl.no/caritas>
- Strand, B., Syse A, Nielsen CS, Skirbekk VF, Totland TH & T, H. (2023). *Helse hos eldre. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge* Oslo: Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/grupper/eldre/?term=>
- Stripp, T. A., Wehberg, S., Büssing, A., Koenig, H. G., Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., Søndergaard, J. & Hvidt, N. C. (2023). Spiritual needs in Denmark: a population-based cross-sectional survey linked to Danish national registers. *The Lancet Regional Health–Europe*, 28. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100602>
- Swinton, J. & Pattison, S. (2010). Moving beyond clarity: towards a thin, vague, and useful understanding of spirituality in nursing care. *Nursing philosophy*, 11(4), 226-237.
- Saarnio, L., Boström, A. M., Gustavsson, P. & Öhlén, J. (2016). Meanings of at-homeness at end-of-life among older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 312-319. <https://doi.org/10.1111/scs.12246>
- Taylor, E. J., Testerman, N. & Hart, D. (2014). Teaching spiritual care to nursing students: An integrated model. *Journal of Christian Nursing*, 31(2), 94-99. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000058>
- Taylor, J. S., DeMers, S. M., Vig, E. K. & Borson, S. (2012). The disappearing subject: exclusion of people with cognitive impairment and dementia from geriatrics research. *Journal of the*

- American Geriatrics Society*, 60(3), 413-419. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03847.x>
- Timmermann, C., Prinds, C., Hvidt, E. A., Hvidt, N. C., Lau, M. E. & Ammentorp, J. (2023). Stimulating existential communication – first steps towards enhancing health professionals' reflective skills through blended learning. *PEC innovation*, 2. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2023.100121>
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal.
- Toivonen, K., Charalambous, A. & Suhonen, R. (2023). A caring and living environment that supports the spirituality of older people with dementia: A hermeneutic phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, 138, 104414. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104414>
- Torskenæs, K. B., Kalfoss, M. H. & Sæteren, B. (2015). Meaning given to spirituality, religiousness and personal beliefs: explored by a sample of a Norwegian population. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23-24), 3355-3364. <https://doi.org/10.1111/jocn.12962>
- Urstad, S. S. (2017). The religiously unaffiliated in Norway. *Nordic Journal of Religion and Society*, 30(01), 61-81. <https://doi.org/10.18261/issn.1890-7008-2017-01-04>
- Veloza-Gómez, M., Muñoz de Rodríguez, L., Guevara-Armenta, C. & Mesa-Rodríguez, S. (2017). The Importance of Spiritual Care in Nursing Practice. *Journal of Holistic Nursing*, 35(2), 118-131. <https://doi.org/10.1177/0898010115626777>
- Verdighetsgarantien. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien)* (LOV-2011-06-24-30-§3-1, LOV-2011-06-24-30-§3-2). <https://lovdata.no/forskrift/2010-11-12-1426>
- Viftrup, D. T., Laursen, K. & Hvidt, N. C. (2021). Developing an educational course in spiritual care: an action research study at two Danish hospices. *Religions*, 12(10), 827. <https://doi.org/10.3390/rel12100827>
- Weathers, E., McCarthy, G. & Coffey, A. (2016). Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nursing forum*, 51(2), 79-96. <https://doi.org/10.1111/nuf.12128>
- Wergeland, J. N., Selbæk, G., Bergh, S., Soederhamn, U. & Kirkevold, Ø. (2015). Predictors for nursing home admission and death among community - dwelling people 70 years and older who receive domiciliary care. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*, 5(3), 320-329. <https://doi.org/10.1159/000437382>
- Wikberg, A. & Eriksson, K. (2008). Intercultural caring – an abductive model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 485-496. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00555.x>
- Wyller, V. B. (2015). Elefanten i rommet. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 135:507. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0343>
- Ødbehr, L., Kvigne, K., Hauge, S. & Danbolt, L. J. (2014). Nurses' and care workers' experiences of spiritual needs in residents with dementia in nursing homes: a qualitative study. *BMC nursing*, 13(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-12>
- Ødbehr, L., Kvigne, K., Hauge, S. & Danbolt, L. J. (2015). Spiritual care to persons with dementia in nursing homes; a qualitative study of nurses and care workers experiences. *BMC nursing*, (14:70). <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0122-6>
- Ødbehr, L. S., Hauge, S., Danbolt, L. J. & Kvigne, K. (2017). Residents' and caregivers' views on spiritual care and their understanding of spiritual needs in persons with dementia: A meta-synthesis. *Dementia*, 16(7), 911-929. <https://doi.org/10.1177/1471301215625013>
- Öhlén, J., Ekman, I., Zingmark, K., Bolmsjö, I. & Benzein, E. (2014). Conceptual development of "at-homeness" despite illness and disease: A review. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23677>
- Ådland, A. K., Lavik, M. H., Gripsrud, B. H. & Ramvi, E. (2022). Spenninger i flerkulturelle arbeidsfellesskap ved sykehjem. En etnografisk studie. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, (2), 107-122. <https://doi.org/10.18261/tfo.8.2.8>

## Vedlegg

Artikkel 1

Artikkel 2

Artikkel 3

Pandemiens påvirkning på forskningsprosessen

Sikt (NSD) svarbrev

REK godkjenning

Samtykke – studie 1 Individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer

Samtykke – studie 2

Samtykke- Studie 3

Intervjuguide – studie 1 (individuelle intervju og fokusgruppeintervju)

Intervjuguide uten FACIT SP 12- Studie 2

Åpne spørsmål – studie 3

## Artikkel 1

### Understanding Spiritual Care—Perspectives from Healthcare Professionals in a Norwegian Nursing Home

Morland, M., McSherry, W., & Rykkje, L. (2022). Understanding Spiritual Care Perspectives from Healthcare Professionals in a Norwegian Nursing Home. *Religions*, 13(3),239.

<https://doi.org/10.3390/rel13030239>

#### Abstract:

Nursing home professionals have reported that spiritual care is an unclear concept, and research suggests that healthcare professionals have a limited understanding of this dimension of care. The provision of spiritual care is well-investigated internationally, but research is sparse within Norway's secularized society. This study investigated healthcare professionals' understanding of spiritual care in one nursing home. Methods: Data were collected from individual interviews (N = 8) and one focus group (N = 5) of nursing home personnel; the study used qualitative content analysis and a hermeneutic methodology. Results: One central question emerged during the data analysis: what is spiritual care versus good care? This starting point resulted in four themes (1) caring for the whole person, (2) having a personal touch, (3) seeing the person behind the diagnosis, and (4) more than religiousness. Some healthcare professionals had not heard of spiritual care, and many were not aware of this in their daily work with older patients. Nevertheless, they facilitated and cared for the patient's spiritual needs, but they did not address it as spiritual care. Other participants were familiar with the concept and understood spiritual care as an essential part of daily care. Conclusion: healthcare professionals' understanding of spiritual care is broad and varied, including practical and non-verbal aspects. The results indicated a need for an open dialogue about spiritual needs and resources in clinical practice and the teaching of personnel about how to facilitate older people's spirituality. Moreover, there is a need for more research into spiritual care and how it differs from the concept of good fundamental care.

**Keywords:** spiritual care; nursing homes; healthcare professionals; good care; hermeneutics; qualitative content analysis; older persons

## Artikkel 2

### **A qualitative hermeneutical understanding of spiritual care in old age when living in a nursing home: The residents' voices.**

Rykkje, L., Morland, M., Ferstad, K., & Kuven, B. M. (2023). A qualitative hermeneutical understanding of spiritual care in old age when living in a nursing home: The residents' voices. *Journal of Clinical Nursing*, 32(21-22), 7846-7859. <https://doi.org/10.1111/jocn.16855>

#### **Abstract**

**Aim:** To explore and gain a broader understanding of residents' viewpoints and experiences of spiritual care when living in a nursing home.

**Design:** A qualitative hermeneutical interview study inspired by Gadamer's philosophical hermeneutics.

**Methods:** Thirty-eight individual interviews of 14 male and 24 female residents; of these, 24 had a dementia diagnosis. The setting was one large Norwegian nursing home providing long-term care. FACIT-Sp-12 was used as a guide for the interview, in addition to two open-ended questions about thriving and spiritual care.

**Findings:** The older residents' voices portray a broad and diverse understanding of spiritual care, and four themes emerged: (1) Spiritual at-homeness, (2) Spiritual awareness, (3) Philosophy of life and (4) Interconnectedness.

**Conclusion:** Accepting one's life situation in a nursing home can foster a feeling of belonging, leading to feeling more at-home. Spiritual well-being, including finding purpose, spiritual awareness and beliefs, was found to be interconnected with spiritual at-homeness in the nursing home.

**Implications for the Profession and/or Patient Care:** This study provides insights into older nursing home residents' viewpoints on spiritual care, including persons living with dementia.

**Impact:** The study addressed the limited evidence regarding how older residents themselves experience and express spiritual care. Listening to older nursing home residents' voices provides a unique contribution to the research field. As several individuals with dementia contributed to the findings, this study mirrors the current population of residents in nursing homes. The findings may inform healthcare provision and policymakers and impact upon spiritual care in the field of older people nursing and dementia care services.

**Reporting Method:** The COREQ guideline.

**Patient or Public Contribution:** Participation through interviews of nursing home residents.

#### **KEYWORDS**

dementia, hermeneutics, nursing home, older people, qualitative, residents, spiritual care

### Artikkel 3

#### **Spiritual care for older nursing home residents-healthcare professionals' experiences and suggestions for skills development**

Morland, M., McSherry, W., Rykkje, L., Spiritual care for older nursing home residents – healthcare professionals' experiences and suggestions for skills development. (Tidsskrift for Nordisk sygepleje – under review)

#### **Abstract**

**Background:** Providing spiritual care is recognized as part of a healthcare professionals' responsibility and an important part of whole-person care in nursing homes. **Aim:** To describe healthcare professionals' experiences with spiritual care provision and identify their educational needs concerning skills development within a nursing home. **Method:** Thirty-four healthcare professionals in a nursing home in Norway answered five open-ended questions. Analysis was undertaken using thematic analysis. **Findings:** Three themes were identified: 1) *Understanding spiritual care as whole person care* 2) *Spiritual care must include matters of faith* 3) *Improving conversations and listening skills regarding spiritual needs*. **Conclusion:** Healthcare professionals' experiences of spiritual care varied; it included religious rituals but was also described by the small things that make life worth living. Skills development areas were closely related to participants' understanding of spiritual care. Both theoretical knowledge and practical skills are needed, to discuss existential themes and communicate well with older residents.

**Keywords:** Healthcare professionals, educational needs, spiritual care, nursing home, long-term care, qualitative

## Pandemiens påvirkning på forskningsprosessen

Arbeidet med delstudiene har gjennomgått mange endringer grunnet Covid. Siden jeg gjorde min datasamling i 2020-2021, bærer studien preg av dette. Det vil bli beskrevet under. Studiene har avvik fra hva deltagerne samtykket til. Dette er ytterligere beskrevet.

### 9.1. Delstudie 1

Hele studien ble planlagt og søkt til NSD (nå SIKT) som en klinisk applikasjonsstudie (Eriksson & Lindström, 2003, s. 47-60). En studie som skulle utarbeides sammen med praksis på ett sykehjem med mål om praksisutvikling. Det ble derfor i juni 2020 etablert en arbeidsgruppe bestående av nøkkelpersoner fra sykehjemmet hvor praksisutviklingen skulle foregå. Dette er de som danner fokusgruppen i delstudie 1 og gruppen som laget spørsmålene til delstudie 3. Etter flere planlagte møter og store utfordringer med å få lov å komme til sykehjemmet grunnet restriksjoner på grunn av Covid-19 gjennom 2020-2021, ble det i januar 2022 besluttet at studien ikke hadde møtt det som kreves for å kalles en applikasjonsstudie. Studien hadde ikke oppnådd samproduksjon med praksis slik en ønsker i en klinisk applikasjonsstudie. Dette har likevel hatt følger for delstudiene. Fordi studien som helhet ble utformet og planlagt som en klinisk applikasjonsstudie med tanke om en pre- og post-studie med en pilot av et undervisningsopplegg.

*Avvik fra samtykket:* Deltagerne under fokusgruppen i delstudie 1 skrevet under at de skal delta i fire fokusgrupper. Det ble kun avholdt to fokusgrupper, en til delstudie 1 og en til delstudie 3. Det ble ikke gjennomført flere med bakgrunn i covid og at fire i denne gruppen enten sluttet, var sykemeldt eller ble pensjonert i løpet av 2021. Alle deltagerne fikk beskjed om at denne ble avvirket. Ingen pårørende ble inkludert til denne delstudien.

### 9.2 Delstudie 2

Delstudie 2 var planlagt som en pilot av et undervisningsopplegg som skulle lages med bakgrunn i delstudie 1. Dette ble skrinlagt, da en så at det ikke var mulig å få tilgang på deltager i sykehjemmet på grunn av Covid. Da REK godkjente studien som Linda Rykkje var prosjektleder for, ble jeg med. Etter intervju og fortolkning så jeg at dette materialet komplementerte studien min godt. Det ble derfor i fellesskap mellom forfatterne bestemt at denne delen skulle tilfalle min avhandling.

Derfor kom studien om beboeren inn, men jeg har ikke vært med i planleggingen av denne studien. Jeg kom med da intervjuene hadde startet. Jeg har derfor ikke vært delaktig i søking til REK eller innledende møter med sykehjemmet.

*Avvik fra samtykket:* I samtykket står det at to masterstudenter deltar i studien. De ble erstattet av meg og en annen forsker. Deltakerne ble som nevnt i samtykket også spurt om trivsel. Datamaterialet

som omhandler trivsel, ble trukket ut og er en del av en egen artikkel som ikke er en del av denne avhandlingen.

### 9.3 Delstudie 3

Delstudie 3 ble planlagt som en pre-og-post-studie. De ansattes kompetanse omkring åndelig omsorg skulle derfor kartlegges i forkant av undervisningen. Derfor ble det validerte spørreskjemaet SCCS (Van Leeuwen et al., 2009) valgt. Dette skjema digitaliserte jeg med og sendte ut til alle ansatte med pasientkontakt ved sykehjemmet. I forkant av dette hadde jeg to fokusgrupper (en med ledere og en med sykepleierstudenter) omkring hvordan ordlyden i spørreskjemaet passet i en sykehjemskontekst. Datamaterialet fra disse to fokusgruppene er derfor ikke brukt. I denne fokusgruppen ble det også laget frem åpne spørsmål som skulle gis til deltagerne i forkant av spørreskjemaet. Det er disse fem spørsmålene som danner grunnlaget for delstudie 3. Flere deltakere hadde ikke svart på spørsmålene i SCCS spørreskjema, kun svart på de fem åpne spørsmålene. Derfor ble datamaterialet fra SCCS forkastet, da det var for få svar.

*Avvik fra samtykket:* Deltakerne svarte kun en gang og ble ikke kontaktet igjen.





[Meldeskjema](#) / [Åndelig omsorg på sykehjem](#) / Eksport

# Meldeskjema

## Referansenummer

681064

## Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn
- Nettidentifikator
- Stemme på lydopptak
- Religiøs overbevisning
- Filosofisk overbevisning

## Prosjektinformasjon

### Tittel

Åndelig omsorg på sykehjem

### Sammendrag

Prosjektet er en av fem arbeidspakker i prosjektet «Spiritual Care Education and and Practice Development» Prosjektets formål er å utvikle et undervisningsopplegg om åndelig omsorg for helsepersonell som jobber i sykehjem. Prosjektet ønsker å styrke helsepersonells kompetanse om åndelig omsorg slik at de kan være gode forbilde for hverandre i arbeidet med åndelig omsorg. Prosjektet søker å svare på følgende forskningsspørsmål: 1) Hvilken forståelse har helsepersonell, pårørende og studenter i sykehjem for åndelig omsorg? 2) Hvordan utvikle en læringsmodell som forbedrer dagens praksis omkring åndelig omsorg? 3) Hvordan fremme og utvikle et arbeidsmiljø hvor ansatte føler seg kompetente til å ivareta pasientens åndelige behov? Består av tre del-prosjekt: 1.Forståelse av åndelig omsorg (fokusgruppeintervju og indiv.intervju) 2. Utvikle undervisningsopplegg (fokusgruppeintervju) 3. Utarbeidelse av spørreskjema, pre og post kompetansekartlegging av ansatte og fokusgruppeintervju.

### Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Fokusgruppeintervjuer: Behovet for personopplysninger som navn og e-postadresse er nødvendig for å avtale intervjuer og opprettholde kontakten i arbeidsgruppen/fokusgruppene. Individuelle intervjuer: Behovet for opplysninger som navn, epost adresse er for å kunne avtale tidspunkt for intervju. Spørreskjema: Behov for epostadresse for å sende spørreundersøkelse, her vil deltagerne bli lagret med tall. Slik at undersøkelse pre og post kan kobles sammen. Spørreskjemaundersøkelsen vil være digital i nettskjema.

### Ekstern finansiering

Ikke utfyllt

### Type prosjekt

Forsknings-/dr.gradsprosjekt

## Behandlingsansvar

### Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høgskole / Senter for diakoni og profesjonell praksis

### Prosjektansvarlig

Marianne Fasmer Morland, marianne.morland@vid.no, tlf: 46682515

### Er behandlingsansvaret delt med flere institusjoner?

Nei

## Utvalg 1

### Beskriv utvalget

Deltagere i fokusgruppeintervjuene, medforskere. Ansatte med forskjellige roller ved sykehjemmet. - Sykehjemsprest - Avdelingsleder - Fagsykepleier - Pårørende - Sykepleier - Frivillighetskoordinator - Teamleder hjeplepleier

### Beskriv hvordan du finner frem til eller kontakter utvalget

Ved hjelp av et strategisk utvalg vil det bli dannet en arbeidsgruppe bestående av nøkkelpersoner ved sykehjemmet. Arbeidsgruppen ledes av PhD kandidat, Marianne Morland. Utvalget blir kontaktet av avdelingspsykepleier ved sykehjemmet. Avelingspsykepleier viderefremidler utvalget videre til prosjektansvarlig.

### Aldersgruppe

20 - 100

### Hvilke personopplysninger vil bli behandlet om utvalg {{i}}? 1

- Navn
- Nettidentifikator
- Stemme på lydopptak
- Religiøs overbevisning
- Filosofisk overbevisning

## Hvordan innhentes opplysningene om utvalg 1?

### Gruppeintervju

#### Vedlegg

[Intervjuguide arbeidsgruppe .docx](#)

### Lovlig grunnlag for å behandle alminnelige personopplysninger

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

### Lovlig grunnlag for å behandle særlige personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

### Begrunn valget av behandlingsgrunnlag

## Annet

#### Beskriv

Jeg vil skrive notater av min egne observasjoner og refleksjoner under alle gruppemøtene. Dette vil også bli brukt som datamateriale. Dette materiale vil bli behandlet etter VID sine retningslinjer for sikker lagring.

### Lovlig grunnlag for å behandle alminnelige personopplysninger

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

### Lovlig grunnlag for å behandle særlige personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

### Begrunn valget av behandlingsgrunnlag

## Informasjon til utvalg 1

### Mottar utvalget informasjon om behandlingen av personopplysningene?

Ja

### Hvordan mottar utvalget informasjon om behandlingen?

Skriftlig (papir eller elektronisk)

#### Informasjonsskriv

[Informert samtykke prosjektgruppe.docx](#)

## Utvalg 2

#### Beskriv utvalget

Pårørende til sykehjemspasienter Sykepleierstudenter i sykehjemspraksis Ansatte ved sykehjemmet, dette vil være hjelpepleiere, ergoterapeuter, sykepleier. Det er ønske om å intervju 12- 15 stk.

#### Beskriv hvordan du finner frem til eller kontakter utvalget

Utvalget blir rekrutert gjennom sykehjemmets fagsykepleier.

#### Aldersgruppe

19 - 93

### Hvilke personopplysninger vil bli behandlet om utvalg {{i}}? 2

- Navn
- Nettidentifikator

- Stemme på lydopptak
- Religiøs overbevisning
- Filosofisk overbevisning

## Hvordan innhentes opplysningene om utvalg 2?

### Personlig intervju

#### Vedlegg

[Intervjuguide Individuelle intervjuer.docx](#)

#### Lovlig grunnlag for å behandle alminnelige personopplysninger

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

#### Lovlig grunnlag for å behandle særlige personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

#### Begrunn valget av behandlingsgrunnlag

### Annet

#### Beskriv

Jeg vil skrive ned mine egne notater fra intervjuene, dette blir lagret som datamateriale.

#### Lovlig grunnlag for å behandle alminnelige personopplysninger

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

#### Lovlig grunnlag for å behandle særlige personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

#### Begrunn valget av behandlingsgrunnlag

## Informasjon til utvalg 2

#### Mottar utvalget informasjon om behandlingen av personopplysningene?

Ja

#### Hvordan mottar utvalget informasjon om behandlingen?

Skriftlig (papir eller elektronisk)

#### Informasjonsskriv

[Informert samtykke individuelle intervju,.docx](#)

## Utvalg 3

---

#### Beskriv utvalget

Alle ansatte med pasientkontakt ved Siljuslåttan sykehjem, Bergen.

#### Beskriv hvordan du finner frem til eller kontakter utvalget

Ansatte blir rekrutert via fagsykepleier ved sykehjemmet. Fagsykepleier ved sykehjemmet gir adresseliste med e-postadresse til ansatte som har pasientkontakt til prosjektansvarlig. Prosjektansvarlig bruker nettskjema som nettbasert løsning for administrering av før og etter undersøkelsen.

#### Aldersgruppe

18 - 76

#### Hvilke personopplysninger vil bli behandlet om utvalg {{i}}? 3

- Navn
- Nettidentifikator
- Religiøs overbevisning
- Filosofisk overbevisning

## Hvordan innhentes opplysningene om utvalg 3?

### Elektronisk spørreskjema

#### Vedlegg

[Spørreskjema \(norsk\) .docx](#)

## Lovlig grunnlag for å behandle alminnelige personopplysninger

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

## Lovlig grunnlag for å behandle særlige personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

## Begrunn valget av behandlingsgrunnlag

# Informasjon til utvalg 3

## Mottar utvalget informasjon om behandlingen av personopplysningene?

Ja

## Hvordan mottar utvalget informasjon om behandlingen?

Skriftlig (papir eller elektronisk)

## Informasjonsskriv

[Informert samtykke spørreskjema.docx](#)

# Tredjepersoner

---

## Innhenter prosjektet informasjon om tredjepersoner?

Nei

# Dokumentasjon

---

## Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Manuelt (papir)
- Elektronisk (e-post, e-skjema, digital signatur)

## Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Deltager gir beskjed til prosjektansvarlig. Alle data som er registrert om vedkommende vil bli slettet.

## Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet personopplysninger om seg selv?

Den registerete kan når som helst i forløpe spørre prosjektansvarlig om infomasjon om seg selv.

## Totalt antall registrerte i prosjektet

100-999

# Tillatelser

---

## Vil noen av de følgende godkjenninger eller tillatelser innhentes?

Ikke utfyllt

# Sikkerhetstiltak

---

## Vil personopplysningene lagres atskilt fra øvrige data?

Ja

## Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Fortløpende anonymisering
- Adgangsbegrensning

## Hvor blir personopplysningene behandlet?

- Mobile enheter
- Databehandler

## Hvem har tilgang til personopplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Databehandler

## Hvilken databehandler har tilgang til personopplysningene?

Data blir lagret etter VIDs retningslinjer for sikker lagring. Nettskjema vil være ekstern databehandler til utvalg 3.

## Overføres personopplysninger til et tredjeland?

Nei

# Avslutning

---

**Prosjektperiode**

03.08.2020 - 27.12.2024

**Hva skjer med dataene ved prosjektslutt?**

Data anonymiseres (sletter/omskriver personopplysningene)

**Hvor oppbevares personopplysningene?**

Internt ved behandlingsansvarlig institusjon

**Hvilke anonymiseringstiltak vil bli foretatt?**

- Lyd- eller bildeopptak slettes
- Personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres

**Vil enkeltpersoner kunne gjenkjennes i publikasjon?**

Nei

## Tilleggsopplysninger

---

Spørreskjema er nå vedlagt. Spørreskjema skal gjøres digitalt vis nettskjema.

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Camilla Gjerstad	55978499	12.08.2021	256815

Linda Rykkje

**Prosjektsøknad:** Trivsel og åndelig omsorg i et sykehjem i Norge

**Søknadsnummer:** 256815

**Forskningsansvarlig institusjon:** VID vitenskapelige høyskole

## Prosjektsøknad godkjennes.

### Søkers beskrivelse

*Formålet med prosjektet er å utvikle et forskningsbasert undervisningsopplegg i åndelig omsorg for personalet på sykehjem, som del av praksisutvikling innen fagfeltet gerontologisk sykepleie. For å ha et godt datagrunnlag gjøres intervjuer av personalet, beboere og pårørende vedrørende deres forståelse av åndelig omsorg. Studien er knyttet til ett bestemt sykehjem. En stipendiat er ansatt til å gjøre intervjuer av personalet, innhente data om kunnskapsnivå, samt utvikle og evaluere undervisningsopplegget.*

*Denne søknaden omhandler kun beboere og pårørende, og det er av hensyn til stipendiatens arbeidsmengde at dette er trukket ut av stipendiatprosjektet.*

*I prosjekter som skal utvikle praksis er det ofte at personalet spørres, mens pasienter og pårørende sjeldnere inkluderes. Deres synspunkter er imidlertid viktig for å bidra til at undervisningen blir best mulig. Vi ønsker å utforske hvordan beboerne selv beskriver hva åndelig omsorg og trivsel betyr for den enkelte. Alle beboere inkluderes, avgrenset til personer som kan gjennomføre en samtale og som har samtykke-kompetanse. Det antas at derfor rundt 50 beboere kan inviteres til å delta. Pårørende, ca 20 personer, involveres fordi de kan gi supplerende informasjon og synspunkter vedrørende beboerens trivsel og om deres behov for åndelig omsorg. Vi mener det er viktig å involvere pårørende i sykehjem fordi de kjenner beboeren og kan gi utdypende informasjon utover det beboeren kan uttrykke selv.*

*Metoden som anvendes er et kort individuelt intervju med to åpne spørsmål vedrørende trivsel og åndelig omsorg. I tillegg brukes et spørreskjema utviklet for å evaluere "spiritual well-being", FACIT-Sp-12. Datamaterialet vil bli analysert ved hjelp av hermeneutisk lesning og tematiseres. Data fra spørreskjema vil bli analysert ved hjelp av deskriptiv statistikk, men fokus vil være på en kvalitativ evaluering av hvorvidt denne type skjema er anvendbar i en norsk sykehjemspopulasjon.*

*Å gi omsorg som støtter beboernes trivsel er viktig, og begrepet åndelig omsorg betyr at hele personen inkludert åndelige behov vil bli gitt oppmerksomhet. Nytteverdien knyttes til prosjektets bidrag til å sikre at sykehjemsbeboere får helhetlig omsorg av god kvalitet gjennom forskningsbasert kompetanseheving av personalet. Dette er i tråd med "Leve hele*

*livet"-reformen.*

Vi viser til tilbakemelding mottatt 06.08.21, i forbindelse med ovennevnte forskningsprosjekt. Tilbakemeldingen er behandlet av komiteleder for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) på delegert fullmakt fra komiteen, med hjemmel i forskningsetikkforskriften § 7, første ledd, tredje punktum. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

## **REKs vurdering**

### **REK vest ba om tilbakemelding (brev av 29.06.21)**

Komiteen utsatte avgjørelsen og ba om tilbakemelding på følgende punkter:

- Informasjonsskrivene må revideres og sendes til REK vest.
- Komiteen aksepterer at beboer kan gi muntlig samtykke dersom skriftlig samtykke ikke er mulig. I slike tilfeller må samtykket dokumenteres skriftlig, f.eks. ved at et vitne kan bekrefte samtykket.
- Komiteen antar at en stor andel av beboerne er demente. Vil det kunne bli utfordrende å få rekruttert så mange som 50 interesserte samtykkekompetente beboere til studien fra ett sykehjem? Hvor demente vil beboerne være for å kunne rekrutteres? Komiteen ber om at studien ikke inkluderer beboerne som ikke ønsker å snakke om temaet åndelig omsorg. Hvordan vurderes samtykkekompetansen og samtidig om personen ønsker å delta i en slik studie der spørsmålene dreier seg om tro og åndelig overbevisning? Skal sykehjemmet eller de pårørende involveres i rekrutteringen? Prosedyrene for innrulling av beboere til studien må beskrives bedre.

### **Tilbakemelding fra søker**

Det er innsendt reviderte informasjonsskriv, revidert protokoll og intervjuguide. Det er i tillegg innsendt en detaljert tilbakemelding på komiteens merknader. Det fremgår at det er realistisk at man vil kunne inkludere mellom 30 og 50 beboere i studien. Prosjektleder har gitt en utfyllende tilbakemelding av hvordan samtykkekompetansen til beboerne vil vurderes i studien, og hvordan man vil sørge for å inkludere kun personer som er interessert i å snakke om åndelig omsorg. Prosedyrene for innrulling av beboere til studien er detaljert beskrevet.

### **Vurdering**

REK vest ved komiteleder har vurdert tilbakemeldingen. Det er gitt en utfyllende tilbakemelding på komiteens spørsmål og merknader.

I informasjonsskrivet oppgis det at data er aidentifisert og anonymisert. Dette må forklares for deltaker på en mer forståelig måte. Dersom det er mulig å knytte data til en enkeltperson, f.eks. via en koblingsnøkkel, kan ikke data kalles anonyme. Korrekt og forståelig informasjon om dette må angis i skrevet.

REK vest har ingen ytterligere kommentarer.

## **Vedtak**

*REK vest har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider. Prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10.*

## **Sluttmelding**

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK på eget skjema via REK-portalen senest senest 6 måneder etter sluttdato 01.08.2024, jf. helseforskningsloven § 12. Dersom prosjektet ikke starter opp eller gjennomføres meldes dette også via skjemaet for sluttmelding.

## **Søknad om endring**

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i formål, metode, tidsløp eller organisering må prosjektleder sende søknad om endring via portalen på eget skjema til REK, jf. helseforskningsloven § 11.

## **Klageadgang**

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Vennlig hilsen,

Nina Langeland  
Professor, dr.med.  
komiteleder

Camilla Gjerstad  
rådgiver

*Kopi til:*

VID vitenskapelige høgskole



## Vil du delta i forskningsprosjektet

### «Utvikling av praksis om åndelig omsorg på sykehjem»

Dette er et spørsmål til deg som ansatt ved Siljuslåttan sykehjem om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utvikle og implementere en læringsmodell som forbedrer dagens praksis omkring åndelig omsorg i sykehjem. I dette skrivet gir vi deg informasjon om formålet for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Prosjektet «Utvikling av praksis om åndelig omsorg på sykehjem» er et doktorgradsprosjekt ved VID vitenskapelige høyskole i Bergen og prosjektet ledes av Marianne Morland. Prosjektet inngår som en av fem arbeidspakkene i prosjektet «Spiritual Care Education and Practice Development (SEP)».

Prosjektets formål er å utvikle et undervisningsopplegg om åndelig omsorg for helsepersonell som jobber i sykehjem. Prosjektet ønsker å styrke helsepersonells kompetanse om åndelig omsorg slik at de kan være gode forbilde for hverandre i arbeidet med åndelig omsorg.

Prosjektet søker å svare på følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hvilken forståelse har pårørende, helsepersonell og studenter for åndelig omsorg?
- 2) Hvordan utvikle en læringsmodell som forbedrer dagens praksis omkring åndelig omsorg?
- 3) Hvordan fremme og utvikle et arbeidsmiljø hvor ansatte føler seg kompetente til å ivareta pasientens åndelige behov?

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Marianne Morland, doktorgradsstipendiat ved VID vitenskapelige høyskole, er ansvarlig for prosjektet.

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

Du er blitt spurt til å delta i forskningsprosjektet med bakgrunn av din tilknytning til Siljuslåttan sykehjem. Du ble valgt ut med bakgrunn av forskningsprosjektets utvalgsriterier. Kontaktopplysninger om deg er gitt av fagsykepleier ved sykehjemmet.

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

Du er invitert til å bli med på ett individuelt intervju, med varighet på ca. 50-90 min. Intervjuet vil finne sted på sykehjemmet. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd. Opptaket som gjøres vil bli behandlet etter personvernloven. Datalagring etter prosjektslutt vil bli i henhold til VID sitt regelverk for lagring av data.

## **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. Dette vil ikke påvirke ditt forhold til sykehjemmet.

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

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

Det vil kun være Marianne Morland som har tilgang til personopplysninger om deg. Personopplysninger om deg vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra andre data. Data vil bli lagret i henhold til VID sine retningslinjer for sikker lagring. Du vil ikke kunne kjenne deg selv igjen i publikasjonene fra dette forskningsprosjektet.

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

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er januar 2024.

## **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID- vitenskapelige høgskole ved Marianne Morland har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Marianne Morland ved VID vitenskapelige høgskole.  
Telefon: 56 99 26 69 / 46 68 25 15
- Vårt personvernombud: Nancy Yue Liu, [nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no](mailto:nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no)

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

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

Med vennlig hilsen

Marianne Morland

(Forsker)

-----  
-----

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju
- 

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

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

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### *«Utvikling av praksis om åndelig omsorg på sykehjem»*

Dette er et spørsmål til deg som innehar en nøkkelfunksjon ved Siljusslåttan sykehjem, om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utvikle og implementere en læringsmodell som forbedrer dagens praksis omkring åndelig omsorg i sykehjem. I dette skrivet gir vi deg informasjon om formålet for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Prosjektet «Utvikling av praksis om åndelig omsorg på sykehjem» er et doktorgradsprosjekt ved VID vitenskapelige høyskole i Bergen og prosjektet ledes av Marianne Morland. Prosjektet inngår som en av fem arbeidspakker i prosjektet «Spiritual Care Education and Practice Development (SEP)».

Prosjektets formål er å utvikle et undervisningsopplegg om åndelig omsorg for helsepersonell som jobber i sykehjem. Prosjektet ønsker å styrke helsepersonells kompetanse om åndelig omsorg slik at de kan være gode forbilde for hverandre i arbeidet med åndelig omsorg.

Prosjektet søker å svare på følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hvilken forståelse har pårørende, helsepersonell og studenter for åndelig omsorg?
- 2) Hvordan utvikle en læringsmodell som forbedrer dagens praksis omkring åndelig omsorg?
- 3) Hvordan fremme og utvikle et arbeidsmiljø hvor ansatte føler seg kompetente til å ivareta pasientens åndelige behov?

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

Marianne Morland, doktorgradsstipendiat ved VID vitenskapelige høyskole, er ansvarlig for prosjektet.

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

Du er blitt spurt til å delta i forskningsprosjektet med bakgrunn av din profesjon og din stilling ved Siljusslåttan sykehjem. Du ble valgt ut med bakgrunn av forskningsprosjektets utvalgsriterier. Kontaktopplysninger om deg er gitt av fagsykepleier ved sykehjemmet.

## Hva innebærer det for deg å delta?

Det skal etableres en arbeidsgruppe bestående av ressurspersoner på sykehjemmet. Du er invitert til å delta i denne arbeidsgruppen. Du trenger ikke ha noen forkunnskaper om åndelig omsorg for å delta. Denne gruppen vil i løpet av to år delta på fire fokusgruppeintervjuer. Her vil forskjellige temaer knyttet opp mot kompetanseheving og utvikling av praksis i åndelig omsorg bli diskutert og reflektert. Du som deltager i arbeidsgruppen vil på denne måten være medforsker i prosjektet. Du vil være med i prosjektgruppen i ca. to år.

Fokusgruppeintervjuene vil bli tatt opp på lydbånd. Jeg som prosjektleder vil også notere ned fra fokusgruppeintervjuene og møtene som vi har som en del av datamaterialet. Opptaket som gjøres og notatene jeg skriver vil bli behandlet etter personvernloven. Datalagring etter prosjektslutt vil bli i henhold til VID sitt regelverk for lagring av data.

## 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. Dette vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen.

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

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

Det vil kun være Marianne Morland som har tilgang til personopplysninger om deg. Personopplysninger om deg vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra andre data. Data vil bli lagret i henhold til VID sine retningslinjer for sikker lagring.

Du vil ikke kunne kjenne deg selv igjen i publikasjonene fra dette forskningsprosjektet.

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

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er januar 2024.

## Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## 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 ved Marianne Morland har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- *Marianne Morland* ved VID vitenskapelige høyskole, Telefon: 56 99 26 69 / 46 68 25 15
- Vårt personvernombud: Nancy Yue Liu, [nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no](mailto:nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no)

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

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

Med vennlig hilsen

*Marianne Morland*

(Forsker)

---

---

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i arbeidsgruppen
- å delta i fokusgruppeintervjuer

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET «TRIVSEL OG ÅNDELIG OMSORG PÅ SYKEHJEM»?

### FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg som **beboer** på sykehjemmet om å delta i et forskningsprosjekt for å belyse hvordan eldre trives på sykehjem, samt hvordan åndelig omsorg praktiseres og forstås. Alle beboere som kan delta i en samtale og selv kan samtykke til dette, inviteres til å delta i et individuelt intervju. Det er Teamleder og ansvarlig sykepleier/lege som har vurdert det slik at du bør få tilbud om å delta.

Resultatene vil bli aidentifisert/anonymisert og formidlet til sykehjemmets ledelse, og vil bidra til å styrke trivsel og åndelig omsorg for beboerne. Kunnskapen vil også bli brukt i utviklingen av et kompetansehevingsprogram innen åndelig omsorg for ansatte på sykehjem.

### HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Vi ber om at du gir beskjed innen en uke til Teamleder eller frivillighetskoordinator om du ønsker å delta. Deretter vil en av forskerne kontakte deg for å avtale intervjuet. Intervjuet tar ca 15-20 minutter, men kan ta både mindre og lengre tid dersom du ønsker det. Du kan når som helst avbryte intervjuet om du ønsker det.

Det er to forskere som er ansvarlig for intervjuene, sammen med to masterstudenter i klinisk sykepleie. Alle fire er erfarne sykepleiere, og det er en av disse som vil utføre intervjuet.

Tema for intervjuet er trivsel og åndelig omsorg. Det er du selv som bestemmer hva du vil dele med den som intervjuer. For eksempel kan du delta og kun svare på spørsmål om trivsel, dersom du ikke ønsker å snakke om åndelig omsorg.

Dersom du ønsker det, kan intervjueren videreformidle utvalgte opplysninger til leder på avdelingen. Utover dette vil ingen opplysninger gis videre til personalet ved sykehjemmet.

I prosjektet vil vi kun innhente informasjon om alder. Intervjuet tas opp på bånd og vil lagres hos oss. Utover det som blir fortalt i intervjuene samles ikke andre opplysninger.

## HVA ER ÅNDELIG OMSORG?

Åndelig omsorg er å anerkjenne hvert enkelt menneske og deres unike erfaringer i møte med hendelser som har stor innvirkning på hvordan en har det i dagliglivet (både gleder som det å få et nytt familiemedlem, eller det å oppleve nedstemthet, sorg, traumer, dårlig helse eller tap av noe/noen en er glad i). Åndelig omsorg kan for eksempel omfatte behovet for mening eller meningsfulle aktiviteter, for egenverdi, for å samtale om det en er opptatt av, for støtte i tro og livssyn, kanskje for ritualer eller bønn eller nattverd, eller bare en som kan lytte til dine tanker og behov.

## HVA VI VIL SPØRRE OM I INTERVJUET

Under intervjuet vil vi ha en samtale basert på følgende spørsmål:

- Kan du fortelle litt om deg selv? (for å bli kjent med deg)
- Hvordan trives du her på sykehjemmet? Hva synes du er bra? Er det noe du savner?
- Hva tenker du om åndelig omsorg? Får du hjelpen du behøver? Er det noe du savner?

Du kan **når som helst avslutte intervjuet**, eller la være å besvare enkelte spørsmål.

I tillegg vil vi be deg om å rangere følgende spørsmål om din «åndelige helse»:

1. Jeg føler en indre ro
2. Jeg har en grunn til å leve
3. Jeg har fått gjort mye i livet mitt
4. Jeg har vanskelig for å få ro i sjelen
5. Jeg føler at livet mitt har en hensikt
6. Jeg er i stand til å gå inn i meg selv for å finne trøst
7. Jeg føler en slags harmoni inne i meg
8. Livet mitt mangler mening og hensikt



9. Jeg finner trøst i min tro eller åndelig overbevisning
10. Jeg finner styrke i min tro eller åndelig overbevisning
11. Sykdommen har styrket min tro eller åndelig overbevisning
12. Jeg vet at hva som enn skjer med sykdommen min, så vil alt ordne seg

Rangeringen er:

0. Ikke i det hele tatt
1. Litt
2. Til en viss grad
3. Mye
4. Svært mye

## MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Trivsel og åndelig omsorg er temaer som kan være både utfordrende, men også givende å ha en samtale om. Vi forventer ikke at det skal bli noen ulemper for deg ved å delta. Dersom du ønsker en oppfølgingsamtale vil vi formidle dette videre til personalet, slik at en fra personalgruppen eller presten vil ta kontakt med deg.

## FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan også gi kun muntlig samtykke, da vil en ansatt som kjenner deg skrive under som vitne på at du vil delta. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine helseopplysninger. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og opplysningene vil da utleveres innen 30 dager. Du kan også kreve at dine helseopplysninger i prosjektet slettes. Adgangen til å kreve sletting eller utlevering gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert eller publisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon på neste side).

## HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til 2024. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder Linda Rykkje som har tilgang til denne listen.

Publisering av resultater er en nødvendig del av forskningsprosessen. Opplysningene skal aidentifiseres og anonymiseres. All publisering skal gjøres slik at enkeltdeltakere ikke skal kunne gjenkjennes, men vi plikter å informere deg om at vi ikke kan utelukke at det kan skje.

Opplysningene om deg vil bli oppbevart i fem år etter prosjektslutt av kontrollhensyn.

## FORSIKRING

Prosjektet dekkes av pasientskadeloven.

## GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet. (REKnr 256755)

VID vitenskapelige høgskole og prosjektleder Linda Rykkje er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Vi behandler opplysningene i tråd med Lov om behandling av personopplysninger, samt gjeldende regelverk for personvern i forskning i VID. Behandlingen av opplysningene er basert på ditt samtykke som deltaker.

## KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte Linda Rykkje på epost [linda.rykkje@vid.no](mailto:linda.rykkje@vid.no) eller telefon 56992675.

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved ansvarlig institusjon, VID vitenskapelig høgskole: [nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no](mailto:nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no)

JEG BEKREFTER Å HA GITT MUNTLLIG OG SKRIFTLIG  
INFORMASJON OM PROSJEKTET

---

Sted og dato

Signatur av den som gir informasjon

---

Navn med trykte bokstaver

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE  
PERSONOPPLYSNINGER OG HELSEOPPLYSNINGER BRUKES SLIK  
DET ER BESKREVET

---

Sted og dato

Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver

*Dersom deltaker gir kun muntlig samtykke, er dette bevitnet av:*

---

Sted og dato

Vitnets signatur

---

Navn med trykte bokstaver

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### «Utvikling av praksis om åndelig omsorg på sykehjem»

Dette er et spørsmål til deg som jobber ved Siljusslåttan sykehjem, om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utvikle og implementere en læringsmodell som forbedrer dagens praksis omkring åndelig omsorg i sykehjem. I dette skrivet gir vi deg informasjon om formålet for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Prosjektet «Utvikling av praksis om åndelig omsorg på sykehjem» er et doktorgradsprosjekt ved VID vitenskapelige høyskole i Bergen og prosjektet ledes av Marianne Morland. Prosjektet inngår som en av fem arbeidspakker i prosjektet «Spiritual Care Education and Practice Development (SEP)».

Prosjektets formål er å utvikle et undervisningsopplegg om åndelig omsorg for helsepersonell som jobber i sykehjem. Prosjektet ønsker å styrke helsepersonells kompetanse om åndelig omsorg slik at de kan være gode forbilde for hverandre i arbeidet med åndelig omsorg.

Prosjektet søker å svare på følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hvilken forståelse har pårørende, helsepersonell og studenter for åndelig omsorg?
- 2) Hvordan utvikle en læringsmodell som forbedrer dagens praksis omkring åndelig omsorg?
- 3) Hvordan fremme og utvikle et arbeidsmiljø hvor ansatte føler seg kompetente til å ivareta pasientens åndelige behov?

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Marianne Morland, doktorgradsstipendiat ved VID vitenskapelige høyskole, er ansvarlig for prosjektet.

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

Du er blitt spurt til å delta i forskningsprosjektet med bakgrunn av at du er ansatt ved Siljusslåttan sykehjem og ut fra dette møter du forskningsprosjektets utvalgsriterier. Kontaktopplysninger om deg er gitt av fagsykepleier ved sykehjemmet.

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

Du vil bli invitert til å bli med på to elektroniske spørreundersøkelser med varighet på ca. 15 min. Spørreundersøkelsen vil bli sendt til deg på din jobbmail. Det vil være en

spørreundersøkelse vår 2021 og en etter undersøkelse i 2022. Data fra spørreundersøkelsene vil kunne kobles mot hverandre. Data fra spørreundersøkelsen vil bli behandlet etter personvernloven, og vil bli slettet ved prosjektslutt, senest ved utgangen av 2024.

### **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. Dette vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen.

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

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

Det vil kun være Marianne Morland som har tilgang til personopplysninger om deg. Personopplysninger om deg vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra andre data. Datamaterialet vil bli lagret ved VID vitenskapelige høgskole sin sikre server. Du vil ikke kunne kjenne deg selv igjen i publikasjonene fra dette forskningsprosjektet.

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

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er utgangen av 2024.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID- vitenskapelige høgskole ved Marianne Morland har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Marianne Morland ved VID vitenskapelige høgskole.  
Telefon: 56 99 26 69 / 46 68 25 15
- Vårt personvernombud: Nancy Yue Liu, nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no

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

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

Med vennlig hilsen

*Marianne Morland*

(Forsker)

---

---

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i spørreundersøkelse
- Koble data fra pre og post undersøkelse

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

(Dette skjema vil være digitalt ved at deltageren krysser av i bokser på samtykkeerklæringen i starten av undersøkelsen)

## Vedlegg Intervjuguide

### Intervjuguide til individuelle intervjuer «Forståelse av åndelig omsorg på sykehjem»

Dette er en intervjuguide til de individuelle intervjuene omkring tema «forståelse av åndelig omsorg» i prosjektet «Utvikling av praksis om åndelig omsorg på sykehjem».

#### Informasjon

Fortelle om anonymitet

Informer om opptak

Henvis til samtykkeskjema

Start opptaket når all informasjon virker forstått

#### Start opptaket

Si hva du heter, bare fornavn og hva du jobber med på sykehjemmet.

#### Innledende spørsmål

Har du noen tenker om hva åndelig omsorg betyr?

- Hva betyr ordet «åndelig» for deg?
- Hva betyr ordet «åndelig omsorg» for deg?

#### Hovedspørsmål

Åndelig omsorg og kultur

- Du er oppvokst i en annen kultur enn mange av pasientene her på sykehjemmet, hvilke tanker har du gjort deg om dette?
  - Hvorfor tenker du åndelig omsorg er viktig/ ev. ikke viktig for eldre i sykehjem? Når er det viktig?
  - Synes du pasientens åndelige behov skal bli ivaretatt av pleiepersonalet på sykehjemmet? Hvorfor, hvorfor ikke?
  - Ut fra din forståelse av åndelig omsorg, hva er det viktigste pleiepersonalet på sykehjem kan gjøre for å ivareta pasientens åndelige behov?
  - Hvordan erfarer du at åndelig omsorg blir ivaretatt av pleiepersonalet på sykehjemmet i dag?
  - Hvordan ser du, med din stilling, pasientens åndelige behov?



## Avslutning

Er det noe dere ønsker å tilføye? Noe jeg ikke har spurt om som dere tenker er sentralt?



## Intervjuguide individuelle intervjuer med beboere

Intervjuet vil starte med å gjenta informasjon om samtykke, at det er frivillig, at ikke alle spørsmål må besvares, og at intervjuet kan avsluttes når som helst deltakeren måtte ønske.

### Spørsmål:

1. Kan du fortelle litt om deg selv? (for å bli kjent)
2. **Trivsel.** Hvordan trives du her på sykehjemmet? Hva synes du er bra? Er det noe du savner?

Ønsker du å avslutte intervjuet nå, eller vil du også svare på spørsmålene om åndelig omsorg?

3. **Åndelig omsorg.** Hva tenker du om åndelig omsorg? Får du hjelpen du behøver? Er det noe du savner?

Ønsker du å avslutte intervjuet nå, eller vil du også svare på spørsmålene om åndelig helse?

I det følgende kom FACIT-Sp-12.



## Intervjuguide til fokusgruppeintervju 1 «Forståelse av åndelig omsorg på sykehjem»

Dette er en intervjuguide til fokusgruppeintervju i prosjektet «Utvikling av praksis om åndelig omsorg på sykehjem». Intervjuet vil foregå på sykehjemmet.

Løs uformell prat (ca.2 min)

### Informasjon (ca.5 minutter)

- Velkommen og takke for deltagelse
- Fortelle om prosjektet sitt formål  
Fortelle om anonymitet, henvis til samtykkeskjema
- Informer om opptak
- Snakke etter tur, alle erfaringer og tanker er like viktige
- Informere om moderator og sekretærs rolle

### (Start opptaket)

#### Åpning

- Fortell hva du heter, hva du jobber som og hvor lenge du har jobbet som det.

#### Introduksjon

- Tenkt tilbake til første gangen du hørte om åndelig omsorg. Hva var dine tanker omkring det da?
- Hva betyr åndelig omsorg for deg?

#### Hovedspørsmål: Forståelse av åndelig omsorg i klinisk praksis

- Hvorfor tenker du åndelig omsorg er viktig/ ev. ikke viktig for eldre i sykehjem? Når er det viktig?
- Synes du pasientens åndelige behov skal bli ivaretatt av pleiepersonalet på sykehjemmet? Hvorfor, hvorfor ikke?
- Ut fra din forståelse av åndelig omsorg, hva er det viktigste pleiepersonalet på sykehjem kan gjøre for å ivareta pasientens åndelige behov?
- Hvordan erfarer du at åndelig omsorg blir ivaretatt av pleiepersonalet på sykehjemmet i dag?
- Hvordan ser du, med din stilling, pasientens åndelige behov?

#### Avslutning

- Er det noe dere ønsker å tilføye? Noe jeg ikke har spurt om som dere tenker er sentralt?  
Hvordan erfarte/opplevde dere denne intervjusituasjonen?

Evt spørsmål:

- Hva betyr ordet «åndelig» for deg?
- Hva betyr ordet «åndelig omsorg» for deg?
- Hva er ditt forhold til åndelig omsorg? Ev.

## **Åpne spørsmål til prosjektet «Åndelig omsorg på sykehjem»**

### **Samtykke**

**Ønsker du å delta i prosjektet?**

Ja, jeg ønsker å delta

Nei, jeg ønsker å trekke meg

### **Del 1: Demografiske data**

**2.Jeg er:**

Kvinne

Mann

Annet

**3.Hvilken aldergruppe tilhører du:**

Under 21

21-29

30-39-

40-49

50-50

60 og over

**4.Hva er din yrkestittel/profesjon?**

Spesialsykepleier?

Sykepleier?

Hjelpepleier/helsefagarbeider

Assistens/ufaglært

Student i helsefag

Annet helsefag

Annet, ikke helsefag

**5.Dersom du er sykepleier/spesialsykepleier. Jobber du i sykepleieteam?**

Ja

Nei

**6.Arbeider du**

Fulltid

Deltid

**7.Arbeidstid, når arbeider du?**

Dagstilling

Turnus, dag og kveld

Turnus, dag, kveld og natt

Nattstilling

Helgestilling

Tilkallingsvikar

**kompetansekartlegging**

1. I prosjektet skal vi laget et undervisningsopplegg for åndelig omsorg i sykehjem. Hva tenker du må være med i undervisningen?
2. Dersom du skulle få tilbud om undervisning i åndelig omsorg, hva slags kunnskaper og ferdigheter har du behov for?

### **Egne erfaringer med åndelig omsorg**

3. Beskriv hvordan du forstår åndelig omsorg
4. Beskriv en pasienterfaring der du gav åndelig omsorg
5. Beskriv en erfaring der pasienten ikke fikk åndelig omsorg.



