



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet
Institutt for helse- og omsorgsfag

Åndelig omsorg i Livsgledehem

Sykepleieres kompetanse på å identifisere og møte pasientens åndelige behov

Edith Abelsen

Masteroppgave i aldring og geriatrisk helsearbeid HEL-3963 Mai 2022

Antall ord: 24.876

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| Sammendrag | 7 |
| Summary | 8 |
| 1 Innledning..... | 1 |
| 1.1 Presentasjon av tema | 1 |
| 1.2 Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.3 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål | 3 |
| 2 Tidligere forskning | 3 |
| 2.1 Søkeprosess og inklusjons- og eksklusjonskriterier | 3 |
| 2.2 Oppsummering av relevante artikler | 4 |
| 2.2.1 Betydning av den åndelige dimensjonen for pasienten i sykehjem | 4 |
| 2.2.2 Sykepleierens forståelse av pasientens åndelighet og åndelige bakgrunn | 5 |
| 2.2.3 Betydning av helsepersonells bevissthet rundt egen åndelighet | 6 |
| 2.2.4 Helsepersonells kompetanse på åndelig omsorg | 6 |
| 3 Teoretiske perspektiver | 7 |
| 3.1 Sykehjem | 7 |
| 3.1.1 Livsgledehjem | 8 |
| 3.1.2 Personsentrert omsorg og VIPPS-rammeverket | 9 |
| 3.1.3 Livsgledesirkelen | 10 |
| 3.2 Holisme og holistisk tilnærming i sykepleien | 12 |
| 3.2.1 Menneskets åndelige dimensjon..... | 13 |
| 3.2.2 Åndelig omsorg | 14 |
| 3.3 Faglig dyktighet..... | 16 |
| 3.3.1 Profesjonell kompetanse | 16 |
| 3.3.2 Sykepleiers kompetanse på åndelig omsorg..... | 17 |
| 4 Metode..... | 19 |
| 4.1 Forskningsdesign | 19 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.1.1 | Individuelle intervju | 19 |
| 4.1.2 | Intervjuguide | 20 |
| 4.1.3 | Utvalg og informasjonsstyrke | 20 |
| 4.2 | Praktisk gjennomføring | 21 |
| 4.2.1 | Rekruttering..... | 21 |
| 4.2.2 | Presentasjon av sykepleiere..... | 21 |
| 4.2.3 | Intervjusituasjonen | 23 |
| 4.2.4 | Transkribering | 23 |
| 4.3 | Analyse | 24 |
| 4.4 | Forskningsetiske overveielser..... | 26 |
| 4.4.1 | Håndtering av data- og personopplysninger..... | 27 |
| 4.4.2 | Informasjonsplikt og informert samtykke | 27 |
| 4.5 | Metodiske overveielser..... | 28 |
| 4.5.1 | Forforståelse | 28 |
| 4.5.2 | Refleksivitet og validitet | 29 |
| 4.5.3 | Relevans og overførbarhet | 30 |
| 5 | Resultater..... | 31 |
| 5.1 | Forståelse av begrepet åndelighet..... | 31 |
| 5.1.1 | Pasientens åndelighet og eksistensielle spørsmål..... | 31 |
| 5.1.2 | Personalets holdninger til pasientens åndelighet..... | 32 |
| 5.2 | Organisering og ansvarsfordeling..... | 33 |
| 5.2.1 | Opplæring i livsgledearbeid | 33 |
| 5.2.2 | Ansvarsfordeling av livsgledearbeid | 34 |
| 5.2.3 | Å arbeide etter livsgledesirkelen | 35 |
| 5.3 | Sykepleiers opplevelse av kompetanse..... | 40 |
| 5.3.1 | Sykepleiers opplevelse av kompetanse på åndelig omsorg..... | 40 |
| 5.4 | Ulike utfordringer i møte med pasientens åndelige behov | 42 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.4.1 | Organisatoriske utfordringer som hemmer åndelig omsorg..... | 42 |
| 5.4.2 | Utfordringer ved å identifisere pasientens åndelige behov | 43 |
| 5.5 | Viktige tiltak for å øke kompetansen..... | 44 |
| 5.5.1 | Faglig påfyll om åndelig omsorg | 45 |
| 5.5.2 | Bruk av ekstern kompetanse i den åndelige omsorgen | 46 |
| 6 | Diskusjon..... | 47 |
| 6.1 | Forståelse av begreper åndelighet..... | 47 |
| 6.1.1 | Innhold i begrepet åndelighet og åndelig omsorg | 47 |
| 6.1.2 | Religiøse- og livssynsmessige behov og eksistensielle spørsmål | 48 |
| 6.1.3 | Betydning av åndelig omsorg..... | 49 |
| 6.1.4 | Individuell åndelig omsorg..... | 51 |
| 6.1.5 | Personalets holdninger til pasientens åndelighet..... | 52 |
| 6.2 | Kompetanse på åndelig omsorg..... | 53 |
| 6.2.1 | Sykepleieres opplevelse av kompetanse på åndelig omsorg..... | 53 |
| 6.2.2 | Erfaringer i å møte ulike åndelige behov | 56 |
| 6.2.3 | Bruk av ekstern kompetanse i den åndelige omsorgen | 57 |
| 6.3 | Ulike utfordringer i den åndelige omsorgen..... | 59 |
| 6.3.1 | Utfordringer ved å identifisere åndelige behov | 59 |
| 6.3.2 | Personlige utfordringer i utøvelse av åndelig omsorg..... | 61 |
| 6.3.3 | Organisatoriske utfordringer som kan hindre åndelig omsorg..... | 62 |
| 6.3.4 | Utfordring i dokumentering av åndelig omsorg..... | 64 |
| 7 | Avslutning | 65 |
| 7.1 | Oppsummering | 65 |
| 7.2 | Betydning for praksis og videre forskning | 66 |
| | Referanseliste | 68 |
| | Vedlegg 1 – SPIDER-skjema..... | 72 |
| | Vedlegg 2 – Livshistoriekartlegging | 73 |

| | |
|---|----|
| Vedlegg 3 – intervjuguide | 79 |
| Vedlegg 4 – Rekrutteringsbrev | 82 |
| Vedlegg 5 – informasjonsskriv med samtykkeerklæring | 84 |
| Vedlegg 6 - tekstkondensering | 87 |
| Vedlegg 7 – NSD godkjenning | 88 |

Tabelliste

| | |
|--|----|
| Tabell 1 – Presentasjon av sykepleiere | 22 |
|--|----|

Figurliste

| | |
|-------------------------------|----|
| Figur 1 – Livsgledesirkelen | 10 |
| Figur 2 – Kompetansetrekanten | 17 |

Forord

Da er tiden kommet for å avslutte min masteroppgave «Åndelig omsorg i Livsgledehjem». Jeg vil i den forbindelse få takke de som har bidratt til at dette arbeidet har latt seg gjøre.

Først og fremst vil jeg takke sykepleierne som har latt seg intervju og bidratt med det viktige intervju-materialet til denne oppgaven. «Dere er engler i hvitt!»

Takk til min veileder Gunn-Mari Holdø som har hjulpet meg gjennom prosessen og stadig ledet meg inn på «den smale sti.»

Takk til mine ledere ved Kveldsol sykehjem og til Harstad kommune som har lagt til rette med studiedager, eksamensfridager og stipend, slik at dette har latt seg gjøre. «Du skal gjøre mot din neste, slik du vil din neste skal gjøre mot deg.»

Takk til min kollega, medstudent og venn Susanne Andersen for utallige diskusjoner, mental støtte og oppbakking. «Du skal få din lønn i himmelen.»

Til sist vil jeg takke min lille familie som har holdt ut tre år med støv, skitt og et uendelig rot og kaos. «Jeg ber om syndenes forlatelse.»

Stig; sann dine ord om at jeg er mer en praktiker enn en akademiker. Og «Gud skje lov for det.»

Veslemøy; jeg har hele tiden vært trygg på at du har kunnet stille opp med datateknologisk kompetanse. Det har gitt meg «en eksistensiell ro.»

Takk Gud for at dette nå er over. Jeg ber om at jeg får et liv etter «Master»!

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Livsgledehjem er sykehjem der livsglede er satt i system og skal sikre at pasienten får tilbud om livsgledeaktiviteter som tilfredsstillende psykososiale behov.

Omsorgen i livsgledehjem baserer seg på et helhetlig menneskesyn, der aktiviteter med åndelig innhold skal være en del av dette. Hensikten med studien er å få kunnskap om hva sykepleiere som arbeider i Livsgledehjem legger i begrepet åndelighet, og hvilken kompetanse sykepleiere og annet helsepersonell har for å identifisere og møte pasientens åndelige behov.

Problemstilling: Hva legger sykepleiere i livsgledehjem i begrepet åndelighet, og hva åndelighet betyr for pasienten? Hvordan ser sykepleierne på egen og avdelingen generelle kompetanse på åndelig omsorg, og hvilke utfordringer står de eventuelt ovenfor i dette arbeidet?

Metode: Det er benyttet en kvalitativ metode med individuelle intervjuer av seks sykepleiere som arbeider i Livsgledehjem. Som metode for analyse av intervjumaterialet er det benyttet Systematisk Tekst Kondensering av Malterud.

Resultater: Funn i denne studien viser at det er variert hva som legges i begrepet åndelighet og åndelig omsorg. Det kommer frem at sykepleiere ser på sin egen kompetanse på åndelig omsorg som bedre enn den generelle kompetansen i avdelingen. Til tross for dette er sykepleierne ofte ikke med på å utøve livsgledeaktiviteter, heller ikke aktiviteter med åndelig innhold. Kartlegging av pasientens åndelige preferanser ses på som viktig, og en individuell tilrettelegging av livsgledeaktiviteter med åndelig innhold er betydningsfullt. Videre funn er at sykepleierne ofte står ovenfor mange utfordringer i arbeidet med aktiviteter med åndelig innhold. Dette er blant annet utfordringer med å identifisere åndelige behov, personlige utfordringer og organisatoriske utfordringer.

Konklusjon: Det er variert hva som legges i begrepet åndelighet og åndelig omsorg, og det kan være behov for en samlet forståelse av begrepet. Sykepleiere opplever sin egen kompetanse på åndelig omsorg som god, men står likevel ovenfor mange utfordringer i arbeidet med åndelig omsorg i Livsgledehjem.

Nøkkelord: sykepleier, helsepersonell, åndelig, åndelige behov, åndelig omsorg, sykehjem, Livsgledehjem, sykehjemspasient

Summary

Background and purpose: Livsgledehjem is a nursing home where joy of life is put in a system and must ensure that the patient is offered joy of life activities that satisfy his psychosocial needs. The care in Livsgledehjem is based on a holistic view of people, where activities with spiritual content, should be a part of this. The purpose of the study is to gain knowledge about what nurses who work in Livsgledehjem put in the concept of spirituality, and which competence nurses and other healthcare professionals have, to identify and meet the patient`s spiritual needs.

Issue: What do nurses in Livsgledehjem put in the concept of spirituality, and what spirituality means to the patient? How do the nurses view their own and the care workers in general`s competence in spiritual care, and what challenges they may face in this work?

Method: a qualitative method has been used with individual interviews of six nurses who works in Livsgledehjem. It has been used as a method for analysis of the interview material Systematic Text Condensation of Malterud.

Results: findings in this study show that what is included in the concept of spirituality is varied, also in spiritual care. It turns out that nurses look at their own competence in spiritual care better than the general competence of the department. Despite of this, nurses often do not engage in joy of life activities, including activities with spiritual contents. Mapping the patient`s spiritual preferences is seen as important, and an individual facilitation of joy of life activities with spiritual content is important. Further findings are that nurses often face many challenges in working with spiritual activities. These include challenges in identifying spiritual needs, personal challenges, and organizational challenges.

Conclusion: it is varied what is included in the concept of spirituality and spiritual care, and that may need a comprehensive understanding of the term. Nurses experience their own competence in spiritual care as good, but still, they face many challenges in the work of spiritual care in Livsgledehjem.

Keywords: nurses, health professional, spiritual, spiritual needs, spiritual care, nursing home, Livsgledehjem, nursing home patient.

1 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Tema for mitt forskningsprosjekt er åndelig omsorg i Livsgledehjem. Livsgledehjem er sykehjem sertifisert av organisasjonen «Livsglede for eldre» (LFE) (u.å.). LFE er en politisk og religiøst uavhengig organisasjon, med visjon om å drive sykehjem med livsglede som verdigrunnlag. Her blir livsglede satt i system, noe som sikrer tilrettelegging av aktiviteter tilpasset hver enkelt beboer. Aktiviteter med åndelig innhold skal ifølge LFE være en del av disse aktivitetene.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

For å bli sertifisert som Livsgledehjem, må ni livsgledekriterier oppfylles. De åndelige aspektene vektlegges spesielt og går igjen i flere kriterier. Kriteriene handler om å tilrettelegge for at beboerne skal utøve og tilfredsstille sine sosiale, kulturelle og åndelige behov. Alle beboere skal få tilbud om individuelle aktiviteter samt felles aktiviteter hver uke. Beboere skal kartlegges i forhold til tidligere vaner og interesser. Slik kan aktivitetene tilrettelegges etter pasientens ønsker og hva som gir mening for den enkelte. Etter livsgledekriteriet nummer seks skal vaner og interesser som er viktig for beboers åndelighet kartlegges og integreres i den daglige omsorgen (Lundemo, Tverdal & Hopsø, 2020, s. 13, 18, 29).

I mitt arbeid som sykepleier har jeg lang erfaring fra sykehjem, de siste fire år i Livsgledehjem. Erfaringsvis legges det stor vekt på pasientens somatiske helse. Vi er blitt flinkere til å diagnostisere og behandle psykiske lidelser, og det er fokus på det sosiale. Til tross for oppfordring fra LFE, er min opplevelse at pasientens åndelige behov ikke vektlegges, og aktiviteter med åndelig innhold er nærmest fraværende. Det kan fra tid til annen arrangeres sangstunder/andakt med kristent innhold, særlig ved høytider. Dette er prisverdig for den som har et kristent livssyn, men jeg tenker det kan være behov for «åndelig påfyll» også i hverdagen. Jeg har også gjort meg opp noen tanker om de som ikke har et kristent livssyn. Mange pasienter tilhører andre trossamfunn, eller har et livssyn uten religion. Hvordan blir disse pasientene fulgt opp med tanke på deres åndelige behov?

Sykehjem skal oppfylle lovpålagte krav fra myndighetene, som fremstilles i en lang rekke lover og anbefalinger. Livsgledehjem er et styringsverktøy for å oppfylle disse kravene (Lundemo et al., 2020, s. 8). Verdighetsgarantien (2010) pålegger kommunen å etablere systemer som sikrer at beboere får et individuelt tilpasset tilbud og at grunnleggende behov

blir ivaretatt. Herunder ligget at beboere skal få samtaler om eksistensielle behov.

Stortingsmelding nr 15, «Leve hele livet» (2017/2018) ytrer at helse- og omsorgstjenesten må sørge for at den enkeltes tro- og livssynsutøvelse og samtale rundt eksistensielle spørsmål blir ivaretatt. Videre sier den at pasientens åndelige behov skal kartlegges på en forsvarlig måte på lik linje med andre behov. I Sykepleieforbundets yrkesetiske retningslinjer (1983) står det i punkt 2.2. at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Videre sies det i punkt 2.3. at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.

Disse lover, anbefalinger og retningslinjer sier noe om pasientens rettigheter til en helhetlig omsorg som innbefatter det åndelige aspektet. De sier også noe om vår plikt som helsepersonell til å arbeide for at pasienten skal få denne omsorgen.

Forskning viser at det er en betydelig sammenheng mellom åndelig velvære og fysisk og psykisk helse. Dette finner blant andre Haugan (2014a, 2015) i sine studier. Videre viser forskning jeg har funnet at sykepleiere og annet helsepersonell har manglende kompetanse på å identifisere og møte pasienten behov for åndelig omsorg (Hirakawa, Yajima, Chiang & Aoyama, 2020; Toivonen, Charalambous & Suhonen, 2018).

Samfunnet vi lever i er et flerkulturelt samfunn. Vi som helsearbeidere møter mange ulike religioner og ulike uttrykk for åndelighet og åndelige behov. I tiden fremover er det tenkelig at mangfoldet av åndelige behov vil øke, etter hvert som den flerkulturelle befolkningen blir eldre. Den tradisjonelle kristne kulturen i Norge er etter min erfaring også i ferd med å endre seg. Dette tenker jeg kan føre til et endret bilde også av den etnisk norske befolkningens uttrykk for åndelighet og åndelige behov.

Med bakgrunn i egne erfaringer, livsgledekriterier for Livsgledehem, lover og forskrifter samt tidligere forskning på feltet, ønsker jeg å forske på temaet åndelig omsorg i Livsgledehem. I beskrivelse av mitt forskningsprosjekt benytter jeg begrepet åndelig omsorg. Dette omfatter også omsorg i forhold til eksistensielle spørsmål, samt alle områder som gir den enkelte pasient mening med livet.

1.3 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med min studie er å se på hvilken kompetanse sykepleiere og annet helsepersonell i Livsgledehjem har på åndelig omsorg. Det er også interessant å se på hva sykepleiere legger i begrepet åndelighet og hvilken betydning de tenker åndelighet har for mennesket. Videre ønsker jeg å se på om det eventuelt er utfordringer sykepleierne møter på i livsgledearbeid med åndelig innhold. Erfaringsmessig fra eget arbeid i Livsgledehjem, er livsgledearbeidet et samarbeid mellom alle profesjoner på sykehjemmet. Det er derfor av betydning hvordan sykepleierne ser på den generelle kompetansen i avdelingen på dette området.

Min problemstilling blir som følger:

Hva legger sykepleiere i livsgledehjem i begrepet åndelighet og hva åndelighet betyr for pasienten? Hvordan ser sykepleierne på egen og avdelingen generelle kompetanse på åndelig omsorg, og hvilke utfordringer står de eventuelt ovenfor i dette arbeidet?

For å få svar på min problemstilling har jeg stilt følgende tre forskningsspørsmål:

Hva legger sykepleierne i begrepet åndelighet og hva det betyr for pasienten?

Hvordan ser sykepleierne på egen og avdelingens generelle kompetanse på å utøve åndelig omsorg?

Hvilke utfordringer står sykepleierne ovenfor i utøvelse av åndelig omsorg?

2 Tidligere forskning

2.1 Søkeprosess og inklusjons- og eksklusjonskriterier

Som et hjelpemiddel i søkeprosessen har jeg benyttet meg av et SPIDER-skjema (University of Hull, 2012), (vedlegg 1). Emne-ord er oversatt til engelsk og det er søkt i databaser som Oria, Cinahl, Pubmed og Cochrane via Helsebibliotekets nettsider (Helsebiblioteket, u.å.). Noen artikler er også funnet som henvisninger i litteratur om emnet. De fleste av studiene jeg har inkludert er enkeltstudier av både kvalitativ og kvantitativ karakter, samt noen mixed-methods-studier. Alle artiklene er fagfellevurdert.

Følgende kriterier er satt for å spisse søket mitt; artiklene skal være publisert i 2010 eller senere. Pasientgruppen det forskes rundt er eldre sykehjemspasienter over 65 år. Jeg vil

inkludere artikler som omhandler åndelig omsorg i dagliglivet og vil ekskludere artikler som omhandler den palliative fasen. Videre har jeg ekskludert artikler som tar for seg åndelig omsorg og åndelige behov hos spesifikke folkegrupper, spesifikke religiøse retninger, eller relatert til spesifikke diagnoser, med unntak av demens-diagnoser. I mine søk kan jeg ikke finne artikler som omhandler åndelig omsorg i Livsgledehem. Dette gir et kunnskapshull jeg med min forskning vil forsøke å bidra med å dekke.

2.2 Oppsummering av relevante artikler

Etter en oppsummering av resultatene i artiklene, har jeg funnet noen hovedpunkter jeg tenker jeg kan ha nytte av i min studie. Alle studiene jeg har inkludert omhandler sykehjemspasienter eller helsepersonells omsorg av sykehjemspasienter. I de fleste av studiene omtales forskningsobjektene som helsepersonell. Kun få artikler er basert på studier som har fokusert spesifikt på sykepleiere. De fleste studiene er utført på både sykepleiere og annet helsepersonell. En artikkel forsker på sykepleiestudenter. Jeg tenker likevel alle studiene er relevante for min forskning.

2.2.1 Betydning av den åndelige dimensjonen for pasienten i sykehjem

Det finnes en rekke studier som viser at menneskets åndelige dimensjon har stor betydning for både fysisk og psykisk helse. I en iransk studie av Ghotbabadi og Alizadeh (2018) fant de at sykehjemspasienter som fikk åndelig/religiøs psykoterapi gjennom åtte samtaler med psykolog, hadde en markant positiv innvirkning på angst, depresjon og stress i positiv retning. Ennis Jr og Kazer (2013) fant i sin forskning at utøvelse av helhetlig omsorg til personer med demens i USA, som inkluderer det åndelige aspektet ved mennesket, ga bedre respons på omsorgen. En annen iransk studie jeg har inkludert er utført på eldre kvinner på sykehjem. Over en periode på fire uker, fikk disse kvinnene åndelig omsorg som aktiv lytting, hjelp til å utøve religiøse ritualer og støtte til å føle håp. Resultatet var at kvinnene opplevde stor økning i lykkefølelse, sammenlignet med en kontrollgruppe som ikke fikk denne oppfølgingen (Ayyari, Salehabadi, Rastaghi & Rad, 2020). Herlina og Agrina (2019) fant i en studie fra Indonesia, at pasienter med liten grad av åndelig tilfredshet har dårligere helse og mer sykdom.

I en norsk studie av Haugan (2014a) fant hun at det er en tydelig sammenheng mellom å føle mening med livet og opplevelse av fysiske symptomer hos sykehjemspasienter. Å finne mening med livet har ifølge denne studien stor påvirkning på den generelle fysiske og psykiske helsen til sykehjemspasientene. Haugan (2014b, 2015) finner også i flere studier at

åndelig velvære er av betydning for tilfredshet og livskvalitet, som igjen har påvirkning på fysisk og psykisk helse. Kompetansen hos helsepersonell og kvaliteten på pleien er avgjørende for god livskvalitet. Dette finner også Hodge, Salas-Wright og Wolosin (2016) i sin studie fra USA.

2.2.2 Sykepleierens forståelse av pasientens åndelighet og åndelige bakgrunn

For mange eldre kan det å møte alderdommen være en stor utfordring, og de eksistensielle forholdene kan settes på prøve. Det at helsepersonell er bevisst på dette og hjelper pasienten med disse utfordringene har stor betydning for å finne mening med livet. Dette er funn fra en tyrkisk studie av Ayden, Isik og Kahraman (2020).

Torskenæs, Kalfoss og Sæteren (2015) undersøkte i en norsk studie hva helsepersonell og pasienter forstod med begrepene «åndelighet», «religiøsitet» og «personlig tro». De fant at åndelighet måtte ses på som et flerdimensjonalt begrep. Det at pleiere var oppmerksomme på deres egen åndelighet og benyttet denne, var avgjørende for å kunne forstå pasientens åndelige behov. Den nye norske studien av Morland, McCherry og Rykkje (2022) fant i individuelle- og fokusgruppeintervjuer at det var stor variasjon i hva helsepersonellet la i begrepet åndelig omsorg. Videre fant de at sykepleiere hadde bedre forståelse for begrepet åndelig omsorg og hva det innebar, enn det øvrige helsepersonellet.

Kartlegging av pasientens åndelige bakgrunn er viktig for å identifisere og tilrettelegge for åndelig utfoldelse. Reminisensarbeid i den åndelige omsorgen viser seg å gi gode resultater (MacKinlay & Trevitt, 2010; L. Ødbehr, Kvigne, Hauge & Danbolt, 2014; L. S. Ødbehr, Kvigne, Danbolt & Hauge, 2012). Dette er funn fra henholdsvis en australsk og to norske studier. MacKinlay (2010) fant videre at reminisensarbeid førte til at helsepersonellet ble kjent med pasienten på et dypere og mer meningsfylt plan.

Toivonen et al. (2018) har gjort en finsk studie der de fant at for å forstå de åndelige behovene til pasienter med demens i sykehjem, må man benytte seg av personsentrert omsorg og se pasientens individuelle behov. Det å ha kunnskap om personenes åndelige bakgrunn var noe de fant som viktig for å kunne identifisere deres behov. Pleiepersonell må se på mennesket som verdifullt. Oppmerksomhet på pasientens verbale og non-verbale uttrykk for åndelige behov er betydningsfullt.

2.2.3 Betydning av helsepersonells bevissthet rundt egen åndelighet

Flere studier peker på viktigheten av at pleiepersonalet er bevisst sine egne holdninger og verdier i forhold til det åndelige for å kunne utøve god åndelig pleie til sine pasienter.

Sykepleierens livssyn og forhold til det åndelige, har sammenheng med hvor godt de er forberedt til å møte pasientens åndelige behov, og hvor viktig de tenker at dette er for pasienten. Dette finner Skomakerstuen, Kvigne, Hauge og Danbolt (2015) og Cone og Giske (2017) i sine norske studier. Sykepleierens personlige bakgrunn og egne holdninger sammen med alder og utdanning, er med på å utvikle personlige og faglige erfaringer, samt å kjenne seg selv på et dypere plan. Denne utviklingen er av stor betydning for bedre åndelig omsorg for pasienten (Giske & Cone, 2015). Videre er den personlige troen formet av personens oppvekst, bakgrunn og kultur (Torskenæs et al., 2015). En studie av Ødbehr et al. (2014) viste også at relasjonelle egenskaper er viktige i møte med pasientens åndelige behov.

Bulduk, Usta og Dinçer (2017) viser i en studie fra USA at helsepersonell som gjennomførte et treningsprogram i åndelig omsorg, hadde større forutsetninger til å skille mellom det som er deres profesjonelle plikter som helsepersonell, og hva som er deres personlige holdninger og verdier i den åndelige omsorgen. Flere studier finner også at pasientens åndelige tilfredshet er avhengig av helsepersonellens holdninger og oppfatning av hvor viktig det er å utøve åndelig pleie (Ennis Jr & Kazer, 2013; Haugan, 2014b; Taylor et al., 2019).

2.2.4 Helsepersonells kompetanse på åndelig omsorg

Med bakgrunn i funn fra mine søk er det nærliggende å tro at det er manglende kunnskap på å møte og ivareta pasientens åndelige behov blant helsepersonell. I studiene av Toivonen et al. (2018) og Ødbehr et al. (2014) fant de at det å forstå pasientens åndelige behov er utfordrende for helsepersonell. De finner behov for mer lærdom og veiledning i forhold til dette. En annen studie fra Japan viste at helsepersonellet mente det var veldig stor variasjon i de åndelige behovene hos deres pasienter, og at pleiepersonalet derfor hadde behov for bred kunnskap på området (Hirakawa et al., 2020). Samme studie viste også at helsepersonell følte større grad av selvtillit når de mestret åndelig omsorg.

En amerikansk studie av Kroning (2017) fant at helsepersonellet ikke følte seg kompetente til å utføre åndelig omsorg, og de følte at dette var en barriere som hindret dem i å utføre åndelig omsorg til sine pasienter. Til tross for at sykehjemmene som ble undersøkt i en studie fra Nederland, mente å ha en holistisk tilnærming til sine pasienter, fant Van der Vaar og Van

Oudenaarden (2018) at sykehjemmene ikke hadde rutiner for å møte pasientenes åndelige behov. Videre fant de at helsepersonellet hadde få verktøy å hjelpe seg med i den åndelige omsorgen.

Det viser seg i en norsk studie at helsepersonellet følte seg flau og ukomfortable i arbeidet med åndelig pleie. Helsepersonellet mente også at åndelighet var en privatsak og det var vanskelig å snakke om døden. Pasientens uttrykk for religiøsitet var noe de fleste hadde liten kjennskap til (Skomakerstuen et al., 2015).

Også flere studier av Giske og Cone (2012, 2015) og Cone og Giske (2017) viste at helsepersonell følte det var tabubelagt å snakke om åndelige forhold, og at de syntes dette var veldig personlig og privat. Det å snakke om åndelige spørsmål var det helsepersonellet mente var mest krevende i omsorgen. Giske og Cone (2012) fant også at helsepersonell oppga at de ofte ikke visste hva de skulle gjøre i situasjoner der pasienten ga uttrykk for åndelige behov. Morland et al. (2022) fant i sin studie at sykepleiere hadde bedre kompetanse på åndelig omsorg enn det øvrige helsepersonellet. Dette skyldes utdanning, lang erfaring og genuin interesse for mennesker.

Det er flere studier som peker på at det er mangel på forskning på dette området (Skomakerstuen et al., 2015; Toivonen et al., 2018; L. S. Ødbehr et al., 2012). En videre forskning omkring sykepleiernes forståelse av pasientens åndelighet og åndelig omsorg kan derfor være meningsfull.

3 Teoretiske perspektiver

3.1 Sykehjem

Dagens sykehjem fungerer som en kombinasjon av et hjem og en helseinstitusjon, der eldre mennesker som er for syke til å bo hjemme kan få den behandling og omsorg de trenger. Sykehjemspasienten blir stadig eldre med gjennomgående kompliserte og sammensatte helseproblemer. Det stilles derfor strenge kompetansekrav til helsepersonell i sykehjem (Wyller, 2015, s. 40).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 3-1 sier at kommunen har plikt til å tilby nødvendig helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Videre etter § 3-2a har

kommunen plikt til å: «tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsforsvarlig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Pasient og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 1 §1-1 sikrer at pasienten skal ha tilgang på tjenester av god kvalitet. Den skal ivareta respekt for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd, og fremme sosial trygghet.

3.1.1 Livsgledehjem

«Livsgledehjem er et verktøy for kvalitetsarbeid som systematisk ivaretar psykososiale behov til beboere ved sykehjem og heldøgns omsorgsboliger» (Lundemo et al., 2020, s. 6).

Konseptet Livsgledepsykehjem ble startet av organisasjonen Livsglede for eldre (LFE) i 2006. I 2008 ble navnet endret til Livsgledehjem og ordningen ble en nasjonalt anerkjent sertifiseringsordning med støtte fra Helsedirektoratet.

LFE kommer i sin veileder for Livsgledehjem med følgende 12 punkter som beskriver hva et Livsgledehjem er:

- Et hjem, hvor målet med omsorgsarbeidet er å bevare menneskeverdet og anerkjenne det unike og individuelle hos alle, uansett diagnose
- Et hjem som legger til rette for at den enkelte beboer får individuelt tilpassede aktiviteter og føler seg hjemme
- Et hjem som bringer årstidene inn, noe som igjen bidrar til realitetsorientering
- Et hjem hvor dyr er hjertelig velkommen for de som har glede av det
- Et hjem hvor man har det trivelig og dyrker det sunne i galskapen
- En arbeidsplass som har et system for å ivareta beboernes sosiale, kulturelle og åndelige behov
- En arbeidsplass hvor alle ansatte jobber sammen som gode lagspillere for beboernes beste, med fokus på kvalitet i tjenesten
- En arbeidsplass hvor alle de ansatte kjenner til livsgledearbeidet, og jobber etter prinsippene for personsentrert omsorg
- Et fysisk og sosialt miljø som støtter opp om og er inkluderende for beboerne
- Et sted der generasjoner møtes og trives, og barn og unge er en naturlig del av hverdagen
- Et sted hvor pårørende og frivillighet er naturlige bidragsytere i hverdagen
- En åpen del av nærmiljøet, hvor mennesker ønsker å komme og være

(Lundemo et al., 2020, s. 9)

Sykehjem som ønsker å bli Livsgledehjem må gå igjennom en sertifiseringsordning, der virksomheten må oppfylle ni livsgledekriterier. Disse kriteriene handler om å legge til rett for å dekke grunnleggende psykososiale behov hos beboeren. Et av disse kriteriene handler om musikk, kultur og ivaretagelse av åndelige behov (Lundemo et al., 2020, s. 18).

3.1.2 Personsentrert omsorg og VIPS-rammeverket

Personsentrert omsorg er et sammensatt begrep, og det finnes ingen enkel definisjon på hva dette innebærer. Brooker (2013, s. 9) fremstiller personsentrert omsorg i det hun kaller VIPS-modellen. Denne modellen består av fire hovedelementer der alle elementer må benyttes for kunne utøve personsentrert omsorg.

Verdsetting: Det å verdsette mennesker er et viktig element for å kunne ivareta deres rettigheter og krav. Mennesker diskrimineres på bakgrunn av alder, og spesielt eldre med kognitiv svikt. I vårt siviliserte samfunn bør pasienter behandles med respekt, også personer med demens (Brooker, 2013, s. 20-23). Men i den personsentrerte omsorgen må ifølge Brooker, også pleierne som yter omsorg bli verdsatt. Organisasjonen skal arbeide for å dyktiggjøre personalet og utvikle personalets kompetanse innenfor personsentrert omsorg. Momenter som hindrer personsentrert omsorg er forhold som knappe økonomiske ressurser, underbemanning, hyppig utskifting av personale og lav kvalitet på opplæring. Personalets verdsetting har ifølge Brooker direkte innvirkning på den omsorgen som utøves (s. 24-27).

Individuell omsorg: Mennesker skal behandles som enkeltindivider, og vår oppgave er å sørge for å dekke hver enkelts individuelle behov. Personens ressurser og sårbarhet skal identifiseres, slik at individuelle tiltaksplaner kan opprettes med tanke på å opprettholde ressurser og dekke udekte behov. Det er viktig at vi kjenner til den enkeltes livshistorie og preferanser – hva er viktig for den enkelte og hva er det som har formet deres identitet. Å ha kjennskap til personens fortid kan hjelpe pleiepersonalet til å lage aktiviteter som personen kan kjenne igjen og vekke positive minner (Brooker, 2013, s. 35-44).

Personens perspektiv: Det å forstå pasientens perspektiv handler om å forstå pasientens subjektive opplevelse av situasjonen. Oppmerksomhet på pasientens kommunikasjon, både verbalt og nonverbalt, er av stor betydning. Vi må forsøke å gjøre oss i stand til å se omsorgen vi gir fra pasientens synsvinkel (Brooker, 2013, s. 49-52).

Sosialt miljø: Det er viktig å skape et støttende sosialt miljø, der personens psykologiske behov blir ivare tatt. Vi skal jobbe for at pasienten, spesielt pasienter med demens, kan få

oppretholdt det sosiale fellesskapet de før har vært en del av. De skal føle seg velkomne og trygge i dette fellesskapet. Ifølge Brooker (2013, s. 62-63, 82) kan personens verdi kun opprettholdes i en kontekst av mellommenneskelige relasjoner.

Ifølge Brooker (2013, s. 86) er ikke VIPS-rammeverket ment bare for personer med demens, men for alle som er kommet i en situasjon med avhengighet og sårbarhet. Jeg tenker VIPS-rammeverket kan anvendes i tilnærmingen til alle sykehjemspasienter.

3.1.3 Livsgledesirkelen

Livsgledesirkelen (Figur 1) består av seks trinn som skal jobbes med i en kontinuerlig prosess, og skal sikre at personalet jobber personsentrert i praksis, med fokus på pasientens egne opplevelser, evner og helsetilstand. Livsgledesirkelen er utarbeidet av LFE og illustrerer prosessen i livsgledearbeidet (Lundemo et al., 2020, s. 13).

Figur 1: Livsgledesirkelen gjengitt etter tillatelse fra LFE (ny versjon fra 2022)



Kartlegging: Det å ha god kjennskap til pasientens livshistorie er ifølge LFE (Lundemo et al., 2020, s. 14) grunnleggende for å kunne yte god individuell omsorg.

Livshistoriekartleggingen er hoveddokumentet i livsgledesirkelen og gir den informasjonen man trenger for å utføre de andre trinnene i livsgledesirkelen. Det er primær sykepleiers oppgave å innhente kartleggingen av alle nye pasienter, enten sammen med pasienten selv eller pasientens pårørende. Slik vil man, ifølge livsglede for eldre, sikre brukermedvirkning. Livsglede for eldre har utviklet et kartleggings skjema som omfavner alle de tidligere omtalte livsgledekriteriene. Her blir pasientens bakgrunn kartlagt på områder som omfavner det psykososiale, blant annet interesser, religiøs tilhørighet eller forhold til det åndelige (vedlegg 2).

Planlegging: dette trinnet går ut på å lage en individuelt tilpasset livsgledekalender for hver pasient, der man tar utgangspunkt i pasientens livshistoriekartlegging. Kalenderen skal inneholde minst en tur ut i frisk luft og en individuell aktivitet hver uke. Den bør også inneholde en idèbank med flere alternative aktiviteter tilpasset pasienten. Slik har man mulighet til å velge aktivitet ut fra pasientens dagsform eller vær (Lundemo et al., 2020, s. 15).

Utføre: Det er den ansatte som har ansvar for pasienten som har planlagt aktivitet den dagen, som skal sørge for å gjennomføre livsgledeaktiviteten. Avdelingen bør ha en plan som sikrer at aktiviteter blir gjennomført. Pleieren som utfører aktiviteten må observere hvordan pasienten liker aktiviteten, slik at pleieren kan dokumentere riktig i neste trinn (Lundemo et al., 2020, s. 16).

Dokumentere: I dette trinnet skal pleierne dokumentere hvordan pasienten likte aktiviteten. Det er viktig at det er pasientens opplevelse som kommer frem, og ikke pleierens (Lundemo et al., 2020, s. 16).

Evaluerer: Når aktivitetene er utført og opplevelsen for pasienten er dokumentert, skal primær sykepleier evaluere aktivitetene, om de har gitt livsglede for pasienten eller ikke. Dette arbeidet skal ifølge livsglede for eldre utføres hyppig, og det skal hver gang skrives en kort oppsummering av hva som har vært vellykket eller mindre vellykket (Lundemo et al., 2020, s. 16).

Oppdatere: Siste ledd i livsgledesirkelen er oppdatering av livshistoriekartleggingen. Dersom sykepleier i evalueringen oppdager at pasienten opplever livsglede av aktiviteter som

det ikke står noe om i livshistoriekartleggingen, skal dette føres inn. Og motsatt, dersom det er noe som før ga livsglede ikke lenger gjør det, skal dette også føres opp. Slik vil livshistoriekartleggingen alltid stemme overens med hvordan pasienten har det i dag. Når dette arbeidet er utført kan det nå lages ny kalender og idèbank for neste periode (Lundemo et al., 2020, s. 16).

Dersom livsgledesirkelen jobbes med kontinuerlig, vil det sikre at pasienten får en oppdatert og tilpasset personsentrert omsorg, samt ivareta pasientens individuelle psykososiale behov.

3.2 Holisme og holistisk tilnærming i sykepleien

Utøvelse av sykepleie baserer seg ofte på et holistisk menneskesyn, der helheten er mer enn summen av alle menneskelige dimensjoner. Sammenhengen mellom alle dimensjonene er viktig for å skape helhet og mening. Ordet holisme betyr helhetsforståelse, og i en holistisk tankegang er alle menneskets dimensjoner gjensidig forbundet med hverandre. «Man må forholde seg til mennesket som en helhet med kropp, tanker, engstelse, skavanker, skam, sårbarhet, ånd, ressurser, smerte livssituasjon, kulturbakgrunn med mer – i det hele tatt de fenomener som hører menneskelivet til» (Odland, 2016, s. 27).

Ifølge Odland (2016, s. 28-29) kan det være mange årsaker til sykdom og dårlig helse, der fysiske symptomer ikke nødvendigvis trenger å være uttrykk for somatisk sykdom, men kan være et symptom på uhelse ved menneskets andre dimensjoner. Man må ifølge henne finne ut hva som er kilden til symptomene og hva de har en sammenheng med. En holistisk tankegang tar utgangspunkt i fire menneskelige dimensjoner: den fysiske dimensjonen, den psykiske dimensjonen, den sosiale dimensjonen og den åndelige dimensjonen. Alle disse dimensjonene må ses på i en sammenheng og påvirker hverandre.

I sykepleien må man ifølge et holistisk ståsted betrakte pasienten som et medmenneske og en likeverdig samarbeidspartner. Dette innebærer at pasienten skal være delaktig i planlegging av pleie og behandling, og på denne måten kan man arbeide mot et felles mål til det beste for pasienten. Sykepleieren har den faglige kompetansen som er nødvendig for å løse et problem. Pasienten har sine erfaringer og sin forståelse av sin egen situasjon, som er nødvendig at sykepleieren har kjennskap til for å kunne gi nødvendig og god omsorg (Odland, 2016, s. 29-30).

Ifølge Odland (2016, s. 39) vil det å arbeide etter en holistisk tenkning innenfor sykepleien krever tid og ressurser, men under dagens økonomiske rammer vil dette arbeidet ha dårlige

vilkår. Omsorg og behandling av pasienter ser ut til å være rammet av markedskreftene, der økonomi er avgjørende for pasientens ve og vel. Disse kreftene fører til nedbemanning i helsevesenet, overarbeidede helsepersonell og en hektisk hverdag der holistiske verdier nedprioriteres. Måten omsorg og behandling blir gitt på har stor betydning for pasientens helse, ikke bare behandlingen i seg selv. Å gi god omsorg og behandling av pasienten basert på holistisk tenkning, vil være en god kostnadmessig investering.

Det er den åndelige dimensjonen jeg legger vekt på i min forskning, og vil beskrive denne nærmere under. Men det er viktig å se denne dimensjonen i sammenheng med de øvrige menneskelige dimensjonene.

3.2.1 Menneskets åndelige dimensjon

Det åndelige aspektet hos mennesket kan være vanskelig å definere, da det er lite håndfast og kan være veldig omfattende. Ifølge Giske og Cone (2019, s. 12) omfatter det åndelige hele mennesket og er noe som rører ved det indre i oss. Det handler om de store spørsmålene i livet, hva som gir livet gnist, mening, fred og indre ro. Det er i sykepleielitteraturen mange definisjoner på hva åndelighet er. Jeg har valgt å benytte meg av Helsedirektoratet (2019) sin versjon av European Association of palliativ Care (EAPC) sin definisjon, da denne er veldig utfyllende og beskrivende. Denne definisjonen blir benyttet i EPICC-standarden for utdanning i åndelig omsorg (VID vitenskapelige høyskole, u.å.), og er hyppig benyttet i forskningslitteraturen. Åndelighet defineres som;

...den dynamiske dimensjonen i menneskelivet som er relatert til hvordan personer, både som individer og fellesskap, opplever, uttrykker og/eller søker mening, hensikt og transcendens, og måten de er knyttet til øyeblikket, til seg selv, til andre, til naturen, til det betydningsfulle og/eller det hellige. (Helsedirektoratet, 2019)

En slik definisjon gir begrepet åndelighet flere dimensjoner, og Helsedirektoratet gir en kort beskrivelse av disse dimensjonene i tre områder.

Den første dimensjonen handler om **eksistensielle utfordringer** med spørsmål om identitet, mening med livet, lidelse og død, skyld og skam, forsoning og tilgivelse, fridom og ansvar, håp og fortvilelse, kjærlighet og glede. Her stilles spørsmål om enkeltmenneskets grunnleggende forståelse av det å være menneske og om dets forhold til livet og til døden. Eksistensielle spørsmål angår alle mennesker i større eller mindre grad, og eksistensielle utfordringer vil ofte bli mer fremtredende ved alvorlig sykdom. Det å forholde seg til, og

snakke om døden, kan for mange være vanskelig og man kan føle tap av kontroll og mangel på håp. Dette kan gjelde både pasienten og deres pårørende (Helsedirektoratet, 2019).

For det andre handler det om **verdier og holdninger** til hva som er viktig i forhold til seg selv, familie og venner, arbeid, ting, natur, kunst og kultur, etikk og moral og til selve livet. Våre holdninger til hva som er av verdi for oss, kan bli utfordret ved kriser eller alvorlig sykdom, og man har behov for å endre på disse valgene. I en krevende situasjon med begrensede ressurser, må man ta stilling til hva som er aller viktigst for meg nå. Ofte vil forholdet til nærmeste familie være det viktigste, og man vil også ha behov for forsoning med de menneskene som betyr mest for en (Helsedirektoratet, 2019).

Til sist handler det om **religiøs og livssynsmessig forankring**, hvilke forhold man har til tro, livssyn og praksis, forholdet til Gud eller den ytterste virkeligheten eller til det transcendent. Denne dimensjonen handler ofte om en tro på, eller søken etter, en høyere makt eller oppfattelsen av noe utenfor vår erfaringsverden som hellig. Men det kan også omfatte livssyn uten religion. Tro og livssyn kan uttrykkes gjennom tanker og refleksjoner, tilhørighet til tros- eller livssynsamfunn, eller ved å praktisere ritualer. Ritualer kan være uttrykk for tanker og følelser som ellers er vanskelige å uttrykke språklig. For noen pasienter kan troen deres være kilde til håp og mening, mens andre kan stille spørsmål ved troen, og har behov for å søke nye holdepunkter (Helsedirektoratet, 2019).

Menneskets åndelighet vil jeg oppsummere som flerdimensjonalt, et vidt begrep som omfatter mange aspekter ved mennesket. Det er stor forskjell fra person til person hva de legger i det og hvor viktig det er for dem. Jeg har fått forståelse for at menneskets åndelige dimensjon tar del i det meste av det å være menneske og at åndeligheten kan utfordres ved sykdom. Ifølge Giske og Cone (2019, s. 49) er ikke menneskets åndelighet statisk, men kan endre seg etter hvert som vi lever og erfarer. «Den kan derfor bli stadig meir bevisst, samanhengande og integrert i livet vårt» (Giske og Cone, 2019, s. 49).

3.2.2 Åndelig omsorg

Som beskrevet over handler det åndelige om menneskets forhold til seg selv, til andre, til naturen og det kulturelle, og til en høyere makt. Ved alvorlig sykdom eller ved store endringer i livet kan disse relasjonene bli satt på prøve. Åndelig omsorg handler om at pleiepersonellet forsøker å finne ut hvordan pasienten har det i disse relasjonene (Hirsch & Røen, 2016, s. 318).

Relasjon til seg selv: Når man blir gammel, syk eller hjelpetrengende kan det være vanskelig for pasienten å akseptere seg selv som den man er. Da er det viktig at vi som helsepersonell kan hjelpe pasienten til å forsones seg med den man er nå. Dette kan man gjøre ved å lytte til pasientens fortellinger om det livet de har levd, noe som kan formidle hvordan pasienten ønsker å bli sett. Eksistensielle spørsmål som hvordan livet har vært, om det har vært meningsfullt, eventuelt bitterhet, og tanker om døden kan komme frem. Det er viktig at vi som helsepersonell hjelper pasienten å sette ord på vanskelige tanker og spørsmål (Hirsch & Røen, 2016, s. 320-321). Ifølge Giske og Cone (2019, s. 16) handler åndelig omsorg om å være interessert i og oppmerksom på pasientens eksistensielle spørsmål, og finne ut av hvilke livssyn eller tradisjoner pasienten benytter for å jobbe med slike spørsmål.

Relasjon til andre: Disse andre kan være familie, venner, naboer, eller i en sårbar situasjon helsepersonell. Åndelig omsorg bør utøves i en bekreftende relasjon til pasienten, og helsepersonells kommunikasjonsferdigheter er derfor viktig. Relasjonen må baseres på tillit og respekt, og helsepersonellens holdninger ovenfor pasienten er avgjørende for å kunne ivareta den åndelige relasjonen til andre (Hirsch & Røen, 2016, s. 318). Åndelig omsorg handler om måten man praktiserer sykepleien på. Hvordan man vasker eller mater pasienten kan være med på å bygge gode relasjoner, lindre lidelse, og gi styrke og håp (Giske & Cone, 2019, s. 16).

I en sårbar situasjon er ofte det viktigste for pasienten at de nærmeste har det bra, og at man har et godt forhold til disse menneskene. En viktig del av den åndelige omsorgen blir derfor å bistå pasienten og pårørende med forsoningsarbeid og å leve så godt som mulig sammen den tiden de har igjen. Forsoningsarbeidet kan bestå av å hjelpe personene til å forholde seg til tap og sorg, og konsekvensene av disse (Hirsch & Røen, 2016, s. 318-319).

Relasjon til natur og kultur: Å la pasienten fortelle om natur- og kulturopplevelser som har vært viktige for dem, kan gi glede, mening og håp. Det er en forutsetning at vi som helsepersonell etterspør hva som har vært viktig for pasienten på dette området, og tilrettelegger for slike aktiviteter så langt det lar seg gjøre (Hirsch & Røen, 2016, s. 321). Kartlegging av kulturell identitet er viktig i arbeidet med å hjelpe mennesker til å forholde seg til kriser og utfordringer (Helsedirektoratet, 2019).

Relasjon til det betydningsfulle/hellige/Gud: De fleste mennesker har noe som betyr svært mye for en, som nærmest er hellig eller ukrenkelig. Det kan være familien, naturen, kamp for

ytringsfrihet, rettferdighet eller å hjelpe andre. Åndelig omsorg kan være å legge til rette slik at pasienten får fortsette med å praktisere slike grunnleggende verdier så langt det lar seg gjøre. For noen er relasjonen til Gud viktig, og mange har behov for å utøve trospraksis eller ritualer i forbindelse med sin tro. Relasjonen til Gud og behovet for å utøve religiøse ritualer kan forsterkes ved sykdom og ved slutten av livet. Det er viktig at vi som helsepersonell samtaler med pasienten om slike behov, og at vi legger til rette for religiøse aktiviteter som bønn, nattverd osv. Samarbeid på tvers av profesjoner er viktig. Der vi som helsepersonell ikke har tilstrekkelig kompetanse, kan vi kontakte prester, diakoner eller andre religiøse ledere med spesiell kompetanse på å møte pasientens og pårørendes åndelige utfordringer (Hirsch & Røen, 2016, s. 321-322).

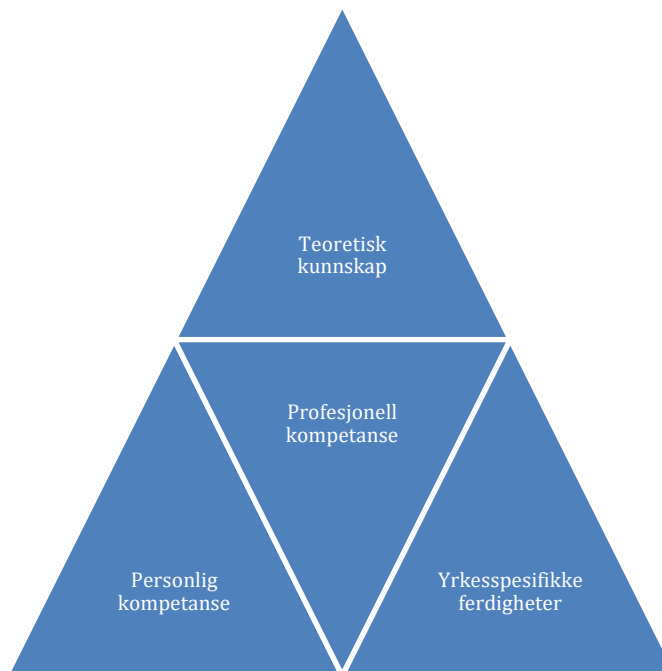
Giske og Cone (2019, s. 15) oppsummerer åndelig omsorg som «å bry seg om heile personen gjennom medfølgende omsorg, å kunne vere til stades for den andre gjennom å lytte etter det som har betydning i pasienten sitt liv, og ofte ved å legge praktiske forhold til rette». For å kunne utøve åndelig omsorg må sykepleieren ha kompetanse på åndelig omsorg. I det følgende vil jeg forsøke å beskrive hva profesjonell kompetanse i sykepleien innebærer, før jeg beskriver den kompetansen på åndelig omsorg sykepleieren bør inneha.

3.3 Faglig dyktighet

3.3.1 Profesjonell kompetanse

Det å være kompetent til noe betyr at man er skikket til eller kvalifisert til å gjøre oppgaven. Profesjonell kompetanse vil si at man har den nødvendige og hensiktsmessige kvalifikasjonen man trenger for å utøve et fag (Skau, 2017, s. 57-58). Skau deler begrepet kompetanse i tre faktorer som er gjensidig avhengige av hverandre, og som sammen utgjør personens profesjonelle kompetanse. Dette fremstiller hun i kompetansetrekanten (figur 2), som består av teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Denne modellen kan benyttes i alle profesjoner, men jeg ser på den fra et sykepleiers perspektiv.

Figur 2: Kompetansetrekanten laget etter inspirasjon fra Skau (2017).



Den teoretiske kunnskapen består av faktakunnskap, forskningsbasert viten, faglige begreper og teorier sykepleieren har tilegnet seg. Yrkesspesifikke ferdigheter innbefatter sykepleierens erfaringer i yrkesutøvelsen som instrumentelle prosedyrer og teknikker. Og den personlige kompetansen handler om de holdninger og verdier sykepleieren har i møte med pasienten. Den personlige kompetansen er spesielt viktig i yrker der man arbeider med mennesker. Menneskene vi møter er et helt menneske med mange ulike behov og følelser. Den personlige kompetansen kan utvikles, er unik og knyttes opp mot hver enkelt person som innehar den (Skau, 2017, s. 58-61).

3.3.2 Sykepleiers kompetanse på åndelig omsorg

Giske og Cone (2019, s. 67-68) deler den åndelige kompetansen inn i generell og spesiell kompetanse. Den generelle kompetansen går ut på hva som forventes at alle sykepleiere skal kunne inneha. Sykepleieren skal kunne identifisere pasientens åndelige behov og ressurser, ha kunnskap til å vurdere og planlegge oppfølging av disse. Å kunne lytte, støtte og oppmuntre pasienten, og å legge til rette for praktiske forhold for å kunne utøve åndelighet er viktig. Sykepleieren skal også kunne vurdere behov for å henvise videre til annet fagpersonell med

kompetanse på åndelig omsorg som for eksempel prest eller diakon. Den spesielle kompetansen handler om sykepleieren som person, der personlig tro, livserfaring og generell kompetanse på området ut over det som inngår i sykepleierutdanningen spiller inn. Dette kan kalles personlig kompetanse og erverves ved for eksempel at man selv tilhører en trosretning, opplevelser der vår egen åndelighet har blitt satt på prøve, spesiell interesse for faget der man innhenter kunnskap og innsikt. Relevant videreutdanning kan også øke kompetansen.

Giske og Cone (2019, s. 30) påpeker betydningen av at sykepleieren har et bevisst forhold til livssynet sitt. Ved å ha et reflektert forhold til sin egen tro er det lettere å samarbeide med pasienten, og skille på hva som er egne verdier og synspunkt og hva som er pasientens.

EPICC-standarden for utdanning i åndelig omsorg beskriver fire kompetanseområder som forventes at sykepleierstudenter skal ha kjennskap til. Hvert kompetanseområde beskriver læringsutbytte i forhold til kunnskap, ferdigheter og holdninger. Standarden baserer seg på studier av åndelig omsorgskompetanse, og bygger på en personsentrert og tillitsskapende sykepleie (VID vitenskapelige høgskole, u.å.).

Første kompetanseområde handler om å forstå begrepet åndelighet og hvilken innvirkning åndelighet har for pasientens helse. Man skal ha forståelse for betydningen av egne verdier og livssyn når man utøver åndelig pleie. Videre skal man være villig til å utforske eget og enkeltindividets religiøse og åndelige livssyn

Andre kompetanseområde handler om å engasjere seg i pasientens åndelighet og bekrefte dens livssyn og virkelighetsoppfatning. Man skal forstå pasientens uttrykk for åndelighet og anerkjenne disse. Videre skal man samhandle med og respondere sensitivt på pasientens åndelighet.

Tredje kompetanseområde handler om å vurdere pasientens åndelige behov og ressurser. Man skal være klar over ulike tilnærminger og kunne planlegge åndelig omsorg. Videre skal man samarbeide med andre fagpersoner og forstå deres rolle når det gjelder å sørge for åndelig omsorg.

Fjerde kompetanseområde handler om at man skal vite hvordan man kan respondere på åndelige behov, og evne å evaluere om åndelige behov blir møtt. Man skal erkjenne egne begrensninger og henvise til andre fagpersoner der det er nødvendig. Videre skal man kunne

dokumentere og evaluere forhold i den åndelige omsorgen, og gjøre hensiktsmessige oppdateringer.

I alle kompetanseområdene legges det vekt på sykepleiers holdninger til pasientens åndelighet. Sykepleieren skal være åpen, respektfull og ikke-dømmende ovenfor pasientens uttrykk for åndelige behov. Videre skal sykepleieren være imøtekommende og akseptere pasientens søken etter åndelig støtte (VID vitenskapelige høgskole, u.å.).

4 Metode

4.1 Forskningsdesign

Jeg har benyttet meg av et kvalitativt eksplorerende design i min forskning. Kvalitative metoder er forsknings-strategier som kan beskrive, analysere og tolke kvaliteter og egenskaper ved et fenomen. Materialet som skal analyseres består av tekst som er samlet inn enten ved samtaler eller observasjoner. Når man ønsker å få kunnskap om menneskers erfaringer, tanker, forventinger, opplevelser og holdninger er kvalitative metoder velegnet (Malterud, 2018, s. 30-31). I min studie ønsker jeg å vite noe om sykepleieres oppfatninger og erfaringer om pasientenes åndelighet og åndelige behov. Jeg ønsker også å vite hvordan sykepleierne vurderer egen og avdelingens kompetanse på å identifisere og møte disse behovene. En kvalitativ forskningsmetode mener jeg derfor er velegnet for å besvare min problemstilling.

4.1.1 Individuelle intervju

Semistrukturerte individuelle intervju er valgt som metode for å samle inn data til min studie. «Ved å snakke med folk får vi direkte kjennskap til menneskers erfaringer» (Malterud, 2018, s. 69). Gjennom intervjuer tenker jeg at jeg vil få kunnskap om sykepleiernes erfaringer om de spørsmål jeg ønsker å finne svar på. Individuelle intervjuer vil også være en god arena for åpenhet. Ifølge Malterud (2018, s. 70, 133) er individuelle intervjuer velegnede når «vi vil gi deltagerne tid og rom til å hente frem erfaringer og overveielser som krever trygghet og ettertanke for å deles.» Videre sier Malterud at det som forsker er viktig å lytte med et åpent sinn, slik kan vi oppdage nye sider ved problemstillingen vi ikke visste svaret på fra før. Under intervjuene har jeg benyttet meg av en semistrukturert intervjuguide, for å holde orden og fokus på spørsmålene jeg vil ha svar på.

4.1.2 Intervjuguide

I et semistrukturert intervju skal det være rom for åpenhet og det må stilles oppfølgingsspørsmål som åpner for fordypning av det informanten forteller (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015, s. 162). I min semistrukturerte intervjuguide har jeg satt opp spørsmål som peker mot problemstillingen min, med forslag til oppfølgingsspørsmål som kan gi meg et dypere og mer robust svar (vedlegg 3).

Et semistrukturert intervju bør ifølge Polit og Beck (2020, s. 514) gå frem kronologisk. Man starter med generelle spørsmål, for deretter å komme inn på det mer konkrete fenomenet man søker svar på. Informantene vil trolig være villig til å fortelle mer jo lenger man kommer ut i intervjuet. Mine intervjuer starter med generelle spørsmål om hvilke typer livsgledeaktiviteter som blir gjennomført på informantens avdeling. Deretter spør jeg spesifikt etter aktiviteter med åndelig innhold. Videre går jeg inn på det som er mitt hovedfokus – hvordan opplevelse informanten har rundt egen/avdelingens kompetanse på åndelig omsorg, og eventuelle utfordringer knyttet til temaet.

4.1.3 Utvalg og informasjonsstyrke

For å samle inn data til min forskning har jeg benyttet meg av et strategisk utvalg. Ifølge Malterud (2018, s. 58) vil det si at utvalget er satt sammen av representanter som best mulig kan belyse problemstillingen, og der funnene kan gi ny kunnskap om området det forskes på. Videre sier Malterud at forskerens feltkunnskap og teoretisk bakgrunn, er grunnleggende for å vite hva som er relevante datakilder. Med utgangspunkt i min problemstilling, min bakgrunn som sykepleier i Livsgledehem, samt min kunnskap om LFE sin målsetting, har jeg valgt å intervju sykepleiere som jobber i Livsgledehem.

Informasjonsstyrken i forskningsmaterialet sier noe om hvor rikt og variert materialet er med tanke på å belyse problemstillingen fra ulike sider (Malterud, 2018, s. 58-59). Videre sier Malterud det er viktig å legge vekt på mangfold og variasjonsbredde for en bedre informasjonsstyrke og et mer nyansert bilde av fenomenet vi forsker på. Jeg har forsøkt å øke informasjonsstyrken ved å intervju sykepleiere på forskjellige Livsgledehem i flere forskjellige kommuner, med variert alder og erfaring, samt med og uten relevant videreutdanning.

Det er informasjonsstyrken i utvalget som bestemmer antall deltagere som er nødvendig for å belyse problemstillingen, og fire til syv deltagere kan være tilstrekkelig for å gi et rikt

materiale. Faktorer som er avgjørende for informasjonsstyrken er en fokusert problemstilling, hvor mye ny og variert kunnskap deltageren formidler for å belyse problemstillingen, et relevant teorigrunnlag og analysemetode (Malterud, 2018, s. 63-64). Til tross for at jeg er uerfaren med å innhente informasjon gjennom intervjuer, tenker jeg at de intervjuene jeg har gjennomført inneholder mye nyttig og innholdsrik informasjon. Og med tanke på oppgavens omfang, har jeg valgt å stoppe ved seks intervjuer.

4.2 Praktisk gjennomføring

4.2.1 Rekruttering

Ved rekrutteringsprosessens start sendte jeg ut henvendelse med rekrutteringsbrev på mail til helse- og omsorgs-sjefene i flere aktuelle kommuner (Vedlegg 4). Representanter fra kommunene henviste meg videre til enhetsledere/avdelingsledere ved Livsgledehem. Jeg kontaktet først disse ved å sende mail med informasjonsskriv (vedlegg 5). Det var i dette leddet rekrutteringen var mest tidkrevende, og jeg måtte sende flere påminnelser på mail. I noen tilfeller tok jeg kontakt på telefon, og jeg møtte da stor velvilje for å hjelpe.

Rekrutteringen gikk derfra raskt, da sykepleierne som ble spurt takket ja. Det ble avtalt tid og sted for intervjuer og sykepleierne fikk tilsendt informasjonsskriv med samtykkeskjema på mail (Vedlegg 5). Samtykkeskjema ble skrevet under på av sykepleierne når jeg møtte dem fysisk for intervju.

Deltagerne jeg intervjuet vil jeg heretter kalle sykepleiere. Dette da det er opplevelser og erfaringer i deres roller som sykepleiere jeg ønsker å lære noe av.

4.2.2 Presentasjon av sykepleiere

Jeg har intervjuet seks sykepleiere fra fire forskjellige kommuner i Nordland og Troms. Sykepleierne jobber ved fire forskjellige Livsgledehem/bofellesskap i fem forskjellige avdelinger. To av sykepleierne jobber ved samme avdeling. Inklusjonskriterier for å kunne delta som informant er at sykepleieren skal ha jobbet som sykepleier ved aktuelle Livsgledehem i minimum ett år, og Livsgledehemmet skal også ha vert sertifisert som livsgledehem i minimum ett år. Videre skal sykepleieren ha minimum 50% stilling som sykepleier i aktuelle avdeling. Disse kriteriene er satt, da livsgledearbeidet bør være godt etablert i avdelingen, og sykepleierne må ha god kjennskap til dette arbeidet. Sykepleierne har noe variert erfaringslengde som sykepleiere og varierende erfaring fra Livsgledehem. Alle er kvinner i forskjellig alder, og jeg har benyttet meg av fiktive navn på sykepleierne for å

personifisere dem (Tabell 1). I kapittel 5 har jeg signert sitater med disse fiktive navnene for å synliggjøre at jeg har presentert utsagn fra alle intervjuene.

Tabell 1: Presentasjon av sykepleiere

| | Navn | Alder | Erfaring som sykepleier | Erfaring i avdeling og stillingsprosent | Avdeling | Relevant videreutdanning |
|---|------------|--------------------|-------------------------|---|--------------|--------------------------|
| 1 | «Sandra» | Under 30 år | 2 år | 2 år 100% | Somatisk | Nei |
| 2 | «Hanne» | Mellom 30 og 39 år | 9 år | 2 år 100% | Bofellesskap | Nei |
| 3 | «Hedda» | Over 50 år | 4,5 år | 4 år 100% | Bofellesskap | Nei |
| 4 | «Veslemøy» | Under 30 år | 3 år | 6 år 100% | Somatisk | Nei |
| 5 | «Olivia» | Mellom 40 og 49 år | 2 år | 1,5 år 100% | Somatisk | Nei |
| 6 | «Josefine» | Mellom 40 og 49 år | 9 år | 9 år 70% | Somatisk | Ja |

4.2.3 Intervjusituasjonen

Fem av seks intervjuer ble utført på sykepleierens arbeidssted. På grunn av sykdom ble ett av intervjuene utført digitalt.

Som novise i forskningsverdenen, var intervjusituasjonen ny og uvant for meg, og de mentale forberedelsene var like viktige som de praktiske. Det ble nøye gjennomtenkt hvordan jeg ville fremstå og hvordan jeg ville møte sykepleierne. Jeg tenker det er viktig å møte sykepleierne med respekt og vise interesse for dem og det de forteller gjennom hele intervjuet. Når man samler inn kvalitative data gjennom intervjuer er konteksten rundt intervjuene en viktig ramme for å utvikle kunnskap (Malterud, 2018, s. 133).

Det ble på forhånd utført et pilotintervju med en sykepleier på mitt eget arbeidssted. Dette ble utført med tanke på å prøve ut intervjuguiden, og å forsøke meg i rollen som intervjuer. Dette var svært nyttig for min del, der jeg fikk tilbakemelding på intervju spørsmålene, og fikk trygget meg selv på intervjuerrollen. Pilotintervjuet er ikke tatt med i analysearbeidet.

Intervjuene ble utført på sykepleierens arbeidssted. Det var litt variabelt fra sted til sted hvilket rom som ble benyttet, noen steder et kontor, andre steder en dagligstue. Det var god stemning under intervjuene, og informantene var åpne og gav av seg selv.

Etter intervjuene skrev jeg ned tanker og undringer jeg gjorde meg, og hvordan stemningen var under intervjuet. Jeg følte jeg ble godt mottatt av sykepleierne, som ga uttrykk for at dette er et spennende og viktig tema.

4.2.4 Transkribering

Transkribering er omforming av muntlig tale til skriftlig tekst (Kvale et al., 2015, s. 205).

Transkribering av intervjuene har jeg utført selv, og jeg transkriberte intervjuene fortløpende. Ifølge Malterud (2018, s. 80) er transkriberingen en del av analysearbeidet og du vil få en ny kjennskap til materialet som kan være nyttig i det videre arbeidet. Ved å ha utført transkriberingen selv, ga det meg en nærhet til det empiriske materialet som har hjulpet meg i analyseprosessen.

I transkriberingen har jeg anvendt en formell skriftlig og sammenhengende stil. Jeg har skrevet på bokmål så ordrett korrekt som mulig. Dette vil ifølge Kvale et al. (2015, s. 208) gjøre den skriftlige teksten oversiktlig, noe som vil lette analysearbeidet. Det å få en objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form har vært viktig for meg. Jeg har forsøkt og være

bevisst på at det er informantens opplevelser som skal komme frem, ikke min. Dette vil gjøre det skriftlige materialet pålitelig, og øke resultatets gyldighet.

Under intervjuene framkom det navn på sykehjem, som ble skrevet om til «dette sykehjemmet» eller «et annet sykehjem». Under to av intervjuene ble det fortalt personlige historier eller det fremkom personlig religiøs tilhørighet. Disse opplysningene ble ikke transkribert og er heller ikke tatt med i analysearbeidet.

4.3 Analyse

Som metode for å analysere teksten min har jeg valg å bruke systematisk tekstkondensering (STC – Systematic Text Condensation) av Malterud (2018, s. 97). Metoden har jeg valg da den egner seg for å analysere kvalitative data. Det er en enkel og overkommelig analyseprosess velegnet for nybegynnere, og er ikke knyttet til filosofiske røtter eller kvalitative metodetradisjoner.

STC er en induktiv og iterativ analyseprosess som skal utføres systematisk. En induktiv analyse innebærer å fortolke empiriske data fra enkeltpersoner og enkelthendelser til funn som allment kan belyse problemstillingen. I en iterativ prosess skal man systematisk gjenta prosedyren flere ganger for stadig kunne få øye på nye mønstre som kan gi en bedre fortolkning av det empiriske materialet. Det systematiske arbeidet skal gi oss en oversiktlig prosess med en god og ryddig fremdrift. Metoden har noen særegne trekk som er spesielt for denne. I motsetning til andre metoder starter ikke denne med å gå bredt ut, men heller å vie oppmerksomheten til få temaer. Når dataene er kodet skal teksten abstraheres i form av kondensater (Malterud, 2018, s. 98, 113).

Analysen foregår i fire trinn som utgjør hovedstrukturen i metoden.

I trinn en skal man bli kjent med tekstmaterialet og få et helhetsinntrykk. Her er det viktig å forsøke sette forforståelsen vår og den teoretiske referanserammen til side, samtidig som vi har problemstillingen vår i tankene (Malterud, 2018, s. 99). Jeg har tatt for meg ett og ett transkribert intervju og lest igjennom flere ganger. Etter denne gjennomgangen sitter jeg igjen med følgende foreløpige temaer: kartlegging, pasientens individuelle behov, ansvarsfordeling, kompetanse/erfaring, ulike utfordringer, betydninger av begreper og øyeblikket.

I trinn to skal vi sortere den relevante teksten fra den irrelevante. Relevant tekst som velges ut skal kunne gi mening til ett eller flere av de foreløpige temaene og kalles meningsbærende

enheter. Hver meningsbærende enhet skal sorteres og systematiseres i temaene. Dette kalles koding (Malterud, 2018, s. 100-101). Etter denne sorteringsprosessen har jeg kommet frem til følgende reviderte temaer:

- Organisering og ansvarsfordeling
- Kartlegging og oppfølging
- Ivaretagelse av pasientens individuelle behov
- Sykepleierens opplevelse av kompetanse og erfaring
- Ulike utfordringer
- Sykepleierens forståelse av pasientens åndelige behov

I denne prosessen har jeg fjernet alle spørsmål fra intervjuguiden. Dette for å ikke bli preget av intervju spørsmålene mine, og stille meg åpen til det som står i teksten. Ifølge Malterud (2018, s. 100) er det et kvalitetstegn dersom man videreutvikler temaene sammenlignet med temaene i intervjuguiden.

Deretter har jeg kodet teksten og gitt hvert tema en farge. Jeg har merket meningsbærende enheter jeg tenker tilhører de forskjellige temaene. Temaene heter heretter kodegrupper. De meningsbærende enhetene har jeg sortert etter fargekodene under de forskjellige kodegruppene.

Malterud (2018, s. 103-104) sier at ved å gå tre skritt frem og to tilbake vil forskeren få innsikt i datamaterialet. Det er nå kodegruppene vil begynne å ta endelig form og man kan se nyanser innenfor de ulike kodegruppene som kan danne undergrupper (subgrupper).

Etter flere gjennomgang av teksten sitter jeg igjen med følgende endelige kodegrupper:

- 1) Forståelse av begrepet åndelighet
- 2) Organisering og ansvarsfordeling
- 3) Sykepleiers opplevelse av kompetanse
- 4) Ulike utfordringer
- 5) Viktige tiltak for å øke kompetanse

Hver av kodegruppene er igjen delt inn i subgrupper for en mer oversiktlig fremstilling. Dette presenteres i kapittel 5.

I trinn tre skal vi starte arbeidet med å kondensere, eller fortette materialet. Meningsbærende enheter skal systematisk kondenseres ved å fortette meningsinnholdet i enheten. Deretter skal alle enheter i hver av subgruppene, som nå er analyseenheter, kondenseres i et fiktivt sitat. Dette sitatet skal bære med seg det konkrete innholdet i hver enkelt av de meningsbærende enhetene i sin analyseenhet, og bygges opp i logisk rekkefølge. Sitatet skal skrives i jeg-form

og skal utgjøre summen av alle deltakernes stemme om akkurat det fenomenet som denne analyseenheten sier noe om. Til slutt skal man finne et «gullsitat» fra den opprinnelige teksten som best kan illustrere innholdet i analyseenheten (Malterud, 2018, s. 105-108).

I kondenseringsprosessen har jeg tatt for meg en og en meningsbærende enhet, tatt bort all tekst som er overflødig og laget kondensater av hver enkelt enhet. Deretter har jeg sortert de kondenserte meningsbærende enhetene under hver analyseenhet og laget fiktive sitater. Denne fremgangsmåten har jeg benyttet gjennom hele arbeidet med kondenseringen av all meningsdannende tekst.

I trinn fire skal funnene skrives frem. Det skal lages en analytisk tekst som formidler til leseren den kunnskapen vi sitter igjen med i hver enkelt analysegruppe. Denne teksten skal skrives i tredjeperson, da vi skal gjenfortelle den nye kunnskapen på vegne av andre. Denne teksten kalles nå resultatkategori. Det er viktig at denne teksten formidler fellestrekk med variasjon fra flere historier, og ikke bare en rekke enkeltstående historier. Det er denne analytiske teksten som skal presenteres i oppgaveteksten (Malterud, 2018, s. 108-109).

Kondenseringsprosessen fra kondensering av meningsbærende enheter, videre kondensering i fiktive sitater, og framskrivning av analytisk tekst er vist i vedlegg 6.

Når den analytiske teksten er skrevet frem kan vi vurdere om «gullsitatet» fortsatt er beskrivende for funnet. Til slutt skal funnene valideres ved å se de opp mot det empiriske materialet. Vi kan systematisk lete etter data som motsier konklusjonene vi er kommet frem til (Malterud, 2018, s. 109-110). Dette var et nyttig ledd i prosessen, da jeg oppdaget bias som måtte korrigeres. Den analytiske teksten har noen steder blitt justert, slik at den ble gyldig i forhold til det empiriske materialet.

4.4 Forskningsetiske overveielser

Deltagerne skal kunne stole på at forskeren behandler informasjon og personopplysninger på en korrekt og forsvarlig måte (Malterud, 2018, s. 211). Det er UiT som er forskningsansvarlig for min forskning. Jeg har på forhånd satt meg inn i UiT's retningslinjer for å kunne håndtere personopplysninger korrekt (Fottland, 2019).

I kvalitativ forskning samler man ofte inn data av personlig karakter. Det er derfor viktig med gjensidig tillit og respekt mellom deltager og forsker (Malterud, 2018, s. 211). Jeg har gjennom hele forskningsprosessen vært bevisst på mine holdninger ovenfor mennesker som er

involvert. Dette fra henvendelser til kommunene om rekruttering, enhetsledere, avdelingsledere og ikke minst sykepleierne som har delt sine opplevelser og erfaringer med meg. Jeg har forsøkt å møte sykepleierne med respekt og takknemlighet. Forskeren har også et ansvar for å håndtere den informasjonen de får slik at den fremkommer i den mening den var gitt (Malterud, 2018, s. 212). Informasjonen jeg har fått har jeg håndtert etter beste evne, gjennom lagring, transkribering, analysering og framskrivning av funn.

4.4.1 Håndtering av data- og personopplysninger

Alle prosjekter som behandler personvernopplysninger skal meldes til NSD – Norsk senter for forskningsdata (u.å.). Meldeskjema med vedlegg av prosjektbeskrivelse ble sendt til NSD og ble godkjent før oppstart av forskningsprosjektet mitt (vedlegg 7).

Personvernopplysninger er alle opplysninger som kan identifisere personer, og behandling av personvernopplysninger er all bearbeiding av disse opplysningene (NSD- Norsk senter for forskningsdata, u.å.-a). Jeg har vært bevisst på å håndtere personvernopplysninger i tråd med UiT sine retningslinjer (Fottland, 2019). Godkjente og krypterte lydfiler er benyttet for opptak av intervjuer og lagret hos databehandler TSD (Universitetet i Oslo, 2019). Transkriberte data er aidentifisert og inneholder ikke sensitiv data. Lydfiler vil bli forsvarlig slettet i henhold til overnevnte reglement, og vil ikke bli oppbevart lenger enn det som tillates. Dokumenter med personopplysninger er forsvarlig håndtert og oppbevart. Informantene er informert skriftlig og muntlig om retten til å trekke seg som informanter.

4.4.2 Informasjonsplikt og informert samtykke

Ved innhenting av personvernopplysninger har man informasjonsplikt til informantene, samt plikt til innhenting av informert, frivillig samtykke (NSD- Norsk senter for forskningsdata, u.å.-b). Informasjonen ble forfattet tydelig slik at den skulle være lett å forstå og at det ikke skulle bli misforståelser. Mal for informasjonsskriv med samtykkeerklæring ble anvendt (NSD -Norsk senter for forskningsdata, u.å.). Dette for å få med alle viktige deler et informasjonsskriv bør favne om. Før intervjuene forsikret jeg meg om at informasjonen i informasjonsbrev og samtykkeskjema var lest og forstått. Det ble også understreket at det var frivillig å delta og at de hadde rett til å trekke seg.

Det ble poengtert både i informasjonsskriv og muntlig før intervjuene, at det er sykepleiernes oppfatninger rundt pasientenes åndelighet, og hva de legger i åndelige omsorg i deres arbeid jeg ønsker informasjon om. De informeres om at eventuelle personlige forhold som måtte

komme frem under intervjuene ikke vil bli transkribert eller tatt med i analyseringen av materialet.

4.5 Metodiske overveielser

Forhold hos forskeren vil påvirke alle ledd i en forskningsprosess. Dette kan være personlige erfaringer, faglige interesse og motiver. Videre ifølge Malterud (2018, s. 41-43) er det viktig at jeg som forsker leter etter hva jeg må legge til side for kunne legge frem deltagerens opplevelser og meninger på en lojal måte. Malterud mener det er viktig at forskeren er kjent med sin egen rolle, redegjøre for sin innflytelse og hva dette betyr for tolkninger og konklusjoner. Betydningen av forskerens forforståelse og teoretisk referanseramme er spesielt viktig.

4.5.1 Forforståelse

Forforståelse er hvilke erfaringer, hypoteser, faglige perspektiver og de teoretiske perspektiver vi har med oss når vi starter et forskningsprosjekt. Denne forforståelsen kan gi oss motivasjon til å forske på et tema, men kan også overdøve budskapet fra det empiriske materialet (Malterud, 2018, s. 45).

Siden min forskning handler om menneskets åndelighet, er det nærliggende å tenke at mitt eget forhold til det åndelige vil prege oppgaven. Jeg har vokst opp i et strengt kristent miljø med lite rom for tolkninger og åpenhet for andre oppfatninger. Dette er forhold som har påvirket meg og jeg har som voksen fortsatt et kristent livssyn. Men i løpet av et snart femti år langt liv i møte med fordommer, sarkasme, uvitenhet og nonchalanse, har min oppvekst, sammen med tilegnelse av ny kunnskap og nye erfaringer blitt bearbeidet. Jeg mener dette har gitt meg en åpen og tolerant holdning til menneskers oppfattelser og tilknytning til det åndelige aspekt. Det har også gitt meg en nysgjerrighet for, og oppmerksomhet på min manglende kunnskap om, andres åndelighet. Dette er noe som også har påvirket mitt valg av tema for forskning.

Gjennom hele forskningsprosessen har jeg vært bevisst på mitt eget forhold til det åndelige. Jeg tenker de teoretiske perspektiver har vært til hjelp i denne prosessen. Definisjoner og teoretisk kunnskap om menneskets åndelighet og hva åndelig omsorg innebærer, vil være et underliggende fundament. I dette tilfellet må jeg også være bevisst på at sykepleiernes livssyn/trosretning eller holdninger til temaet kan påvirke de svarene de gir, og vil igjen

påvirke resultatene. Spørsmålsstillingene i intervjuguiden ble derfor nøye vurdert, slik at sykepleierne ikke følte de måtte utlevere eget livssyn eller trosretning.

Min mangeårige erfaring fra arbeid både i sykehjem og Livsgledehjem vil også påvirke min forforståelse. Det har vært viktig å være bevisst på at dette feltarbeidet har kunnet påvirke meg gjennom hele prosessen. Valg av tema og problemstilling springer ut fra mine erfaringer. Jeg har forsøkt å legge mine erfaringer til side og stilt meg åpen for det sykepleierne i intervjuene har fortalt. Jeg har stilt åpne spørsmål og fulgt opp med spørsmål som har latt dem fordype utsagnene sine. Også her tenker jeg at mine teoretiske perspektiver har virket inn. Teori om hvordan livsgledehjem skal arbeide og hvordan livsgledesirkelen skal anvendes har påvirket mine spørsmål. Dette har vært både til hjelp og veiledning, men det kan også være at det har begrenset meg i min åpenhet.

4.5.2 Refleksivitet og validitet

Refleksivitet handler om at forskeren erkjenner og overveier hvilken betydning eget ståsted har i forskningsprosessen. Ved å hele tiden stille kritiske spørsmål til både fremgangsmåte og våre funn, vil vi med større sannsynlighet kunne unngå fallgruver. Å anvende sin refleksivitet har betydning for validiteten av funnene i forskningen. Validiteten kan deles i intern og ekstern validitet. Den interne validiteten handler om å etterprøve alle ledd i prosessen og se om de verktøy vi har benyttet oss av er egnet for å finne gyldige svar på problemstillingen (Malterud, 2018, s. 19-24).

Det er viktig at jeg er åpen om hele forskningsprosessen slik at leseren får tillit til meg og til forskningen min. Jeg har derfor beskrevet hvordan jeg har jobbet og gått frem så detaljert og korrekt som mulig for å gjøre forskningen min transparent og etterprøvbare. Analysemetoden jeg har valgt er enkel og egnet for nybegynnere, men har vært et tidkrevende og møysommelig arbeid. For å minske fare for å miste viktig informasjon og ny lærdom, har jeg fulgt analysemetoden nøye og trinnvis.

Rollen som intervjuer har vært uvant, og jeg har i ettertid sett at jeg kunne vært flinkere til å la sykepleierne utdype og fortelle fritt. For eksempel på spørsmål om hva åndelighet innebærer for pasienten fikk jeg noe vage svar. Her kunne jeg bedt om nærmere utdyping. Videre kan ikke-menneskelige faktorer spille en rolle i intervjusituasjonen (Kvale et al., 2015, s. 230). Under to av intervjuene ble det avbrudd da det kom andre personer inn i rommet. Et rom hadde mye støy fra biltrafikk utenfor. Disse forstyrrelsene kan ha påvirket intervjuene. Det

digitale intervjuet opplevde jeg som et godt og informativt intervju. Imidlertid vil jeg i et digitalt intervju kunne miste fornemmelser av stemning og nonverbale uttrykk.

I etterkant av innhenting av datamateriale har jeg innsett at problemstillingen og forskningsspørsmålene mine er noe omfattende. I forhold til oppgavens omfang tenker jeg at jeg kunne ha spisset problemstillingen mer og ikke omfavnet for mange spørsmål. Dette kan ha ført til at funnene i studien min ikke har blitt så dyptgående som jeg har ønsket.

Den eksterne validiteten handler om i hvilken grad funnene våre kan gjøres gjeldende ut over den konteksten vi har kartlagt dem i (Malterud, 2018, s. 24). Overveielser i forhold til overførbarhet vil jeg si noe om i neste delkapittel.

4.5.3 Relevans og overførbarhet

Relevansen vil si at den forskningen man utfører skal kunne tilføre ny kunnskap ut over det vi vet fra før. Når man starter et forskningsprosjekt, er det nyttig å overveie hvilken ny vitenskapelig kunnskap forskningen vil gi kunne gi (Malterud, 2018, s. 21-22). Det at jeg i mine søk etter tidligere kunnskap om temaet ikke finner forskning som omhandler åndelig omsorg i Livsgledehjem, kan det tenkes at det er lite forskning på området. Jeg vil således kunne bidra med ny kunnskap. Den tidligere forskningen jeg har funnet hevder også at det er mangel på forskning på området, og jeg tenker det derfor kan være relevant å forske videre på dette.

Overførbarheten av ny kunnskap handler om hvor vidt andre kan ha nytte av denne kunnskapen, og hvordan denne blir formidlet ut til leseren (Malterud, 2018, s. 21). Mitt ønske er først og fremst å bidra til bedre kunnskap og forståelse for pasientens åndelige behov blant helsepersonell i Livsgledehjem. Men jeg tenker at kunnskapen også kan anvendes i andre sykehjem, da alle sykehjemspasienter har behov for åndelig omsorg. Forhold jeg tenker kan påvirke overførbarheten er faktorer som et relativt få antall informanter, og min snevre erfaring som forsker. I tillegg vil valg av tema kunne påvirke åpenheten hos sykepleierne jeg har intervjuet.

5 Resultater

5.1 Forståelse av begrepet åndelighet

I denne resultatkategori vil jeg presentere hva sykepleierne mener med begrepet åndelighet og hva dette betyr for pasienten. De sier også noe om hva personalets holdninger har å si for at pasientens åndelige behov blir møtt.

5.1.1 Pasientens åndelighet og eksistensielle spørsmål

Begrepene åndelige og eksistensielle behov kan for flere av sykepleierne være vanskelig å definere, og noen kan ikke gi svar på hva de legger i det. «Åndelighet...det er et vanskelig begrep...» (Olivia). Men alle er enige om at det er individuelt fra person til person hva det innebærer og hvor viktig det er for dem. Det skilles også på hva sykepleierne legger i de to begrepene åndelige og eksistensielle behov, og at åndelighet ikke bare kan betegnes som religiøst. «Jeg vet ikke, det er jo liksom sånn, når man hører ordet åndelig så tenker man jo litt sånn, ja, man vet liksom ikke helt hva man skal, det er litt sånn stort, kanskje» (Hedda).

Det er noen som definerer begrepet åndelighet som at man har gjort seg opp en mening om tro, enten det innebærer religion eller ikke. Men når åndeligheten ikke er knyttet opp mot en bestemt religion, kan det være vanskelig for sykepleierne å finne ut hva pasientene legger i det og hva behovene deres er. En sykepleier sier hun opplever at de som er personlig religiøse tenker mer på det som kommer etter døden. En annen sykepleier tror at noen pasienter kan ha mye trøst i det religiøse, mens for andre kan det gi mer engstelse. «Åndelig? Noen er veldig tydelige på at de har ei tro. De har kanskje ei barnetro, og noen er jo mer religiøse, ja enten har de en del trøst i det eller har de endel angst i det. Det er jo veldig individuelt» (Josefine).

Pasientens eksistensielle behov beskriver sykepleierne som hvilke tanker og følelser de har rundt verden og det å være til. Det kan være tanker om det livet de har levd, hvorfor ting ble som de ble og tanker rundt det som kommer etter døden, uten å relatere det til noe religiøst. Det handler også om selvfølelse og få bekreftelse på at de fortsatt er den samme. Dette er noe de fleste sykepleierne er enige om, og at en-til-en-samtaler om eksistensielle spørsmål er viktige for pasientens indre ro. Samtalen må legges opp til hva den enkelte ønsker å snakke om, da det er individuelt hva pasientene er opptatt av. Det er også individuelt hva som kan gi den enkelte eksistensiell ro. For noen kan man få en eksistensiell ro ved å høre på musikk, eller bare kjenne på tilstedeværelse ved å holde ei hånd og det å føle seg trygg.

Det eksistensielle, jeg legger vel i det oppfattelsen og tankene pasienten har rundt eget liv, hva de har gjort og hvordan ting ble og hvorfor de ble som de ble. Nå er jeg kommet hit og jeg savner det og det, sånn som jeg kunne gjøre før. Eller nå er jeg så sliten nå vil jeg ikke mer, eller savner barn og familie. Ja, mye sånn samtaler rundt livet deres. (Josefine)

Hva som legges i begrepet åndelighet er noe variert og vanskelig å definere, men det er noe som betraktes som individuelt. Personalets holdninger til pasientens åndelighet har ifølge alle sykepleierne betydning for hvordan de åndelige behovene blir møtt.

5.1.2 Personalets holdninger til pasientens åndelighet

Det er variert hvordan sykepleierne opplever personalets holdninger. Noen sier at personalet kan prioritere å gjøre andre ting enn å utføre aktiviteter med åndelige behov, og at det kanskje ikke blir lagt så mye vekt på som pasientene skulle ønske. Imidlertid er det flere av sykepleierne som sier de ikke tror personalet har noen dårlig holdning til dette, eller bagatelliserer det. Mange av personalet er også religiøse, og sykepleierne tenker da at de har forståelse for at andre også har åndelige eller religiøse behov. «Noen vil sette på TV eller sette på noe musikk på youtube, mens andre setter seg ned og tar frem sangheftene. Det er litt forskjell fra person til person hvor mye innsats de legger i det. Ja så holdningene har mye å si» (Veslemøy).

Sykepleierne forteller at de opplever sine egne holdninger til pasientenes åndelighet som gode. De respekterer pasientens ønsker og prøver å imøtekomme disse på best mulig måte. Sykepleierne legger vekt på viktigheten av å utføre livsgledeaktiviteter som vekker slike følelser hos pasienten, og at tilværelsen ellers ville vært meningsløs. «Jeg føler i hvert fall man må være der pasienten er på deres premisser. Det er ikke sånn at jeg skal fronte meg og hva jeg tror på, eller hva jeg mener de burde tro på. Jeg tenker livsglede er viktig enten det gjelder tro eller matlaging» (Sandra).

Det er noe variert hvilke holdninger personalet har til pasientens åndelighet, men sykepleierne mener deres egen holdning til dette er god. Jeg vil i neste resultatkategori si noe om hvordan avdelingen organiserer livsgledearbeid og hvilke ansvar sykepleierne har i dette arbeidet.

5.2 Organisering og ansvarsfordeling

I denne resultat kategorien vil jeg presentere hvordan livsgledearbeidet i de ulike Livsgledehjemmene sykepleierne jobber i er organisert og hvordan de følger opp livsgledearbeid. Jeg vil presentere hvilken opplæring de har fått, samt hvilket ansvar sykepleiere har for gjennomføring og oppfølging av dette arbeidet.

5.2.1 Opplæring i livsgledearbeid

I intervjuene kommer det frem at det er variert hvilke opplæring, og hvor mye opplæring de forskjellige sykepleierne har fått. Dette fra opplæring fra LFE eller representanter fra avdelingens livsgledegruppe, til ingen opplæring. Mange av sykepleierne forteller at alle som jobber i avdelingen, også nyansatte, har fått den samme opplæringen. En av sykepleierne forteller at det finnes retningslinjer på hvordan livsgledearbeid skal følges opp og mener de har en plikt til å lese og sette seg inn i dette selv også. «Vi har fått den opplæringen som alle har fått om de sertifiseringene, hva vi gjør, hvordan vi skal gjøre det og hvordan dokumentere i forhold til de aktivitetene vi gjør. Hvordan legger vi inn i profil og sånn vanlig standard som alle har fått» (Hedda).

Flere av sykepleierne forteller at de har jevnlige oppdateringer på livsgledearbeid på personalmøter og fagdager. Dette er en arena hvor mange av personalet er til stede og dermed får flest mulig denne oppdateringen. Alle sykepleierne kan fortelle at avdelingene har en livsgledegruppe eller representanter fra livsgledegrupper som følger opp livsgledearbeidet. Dette er resurspersoner som kan informere og veilede pleierne i forhold til livsgledearbeid.

Vi har ei her som er kontaktperson i forbindelse med livsgledekoordinering, da. Så hvis vi har spørsmål så er det bare å kontakte henne. Så vet hun alt innenfor profil og det som vi bruker. Alt innenfor det, hvor vi skal trykke, hvor vi skal skrive, og hvordan vi skal dokumentere. (Sandra)

Avdelingene har også en plan på hvilke fellesaktiviteter og hvilke individuelle livsgledeaktiviteter som skal gjennomføres hver uke. En av sykepleierne poengterer viktigheten av å ha en god plan på hva som skal gjøres, slik at det ikke glir ut. Hun mener pasientene har forventninger om at aktiviteter skal gjennomføres og at dette da må følges.

Det er noe variert hvilken opplæring som gis, men alle har satt seg inn i livsgledearbeidet. Det er viktig å ha en god plan, og ha rutiner for planlegging og ansvarsfordeling.

5.2.2 Ansvarsfordeling av livsgledearbeid

Ansvarsfordeling av livsgledearbeid er noe forskjellig fra avdeling til avdeling. Noen av sykepleierne forteller at alle pasientene har en primærsykepleier og en primær hjelpepleier/helsefagarbeider der livsgledearbeidet er variert fordelt mellom de forskjellige fagpersonene. Noen sykepleiere sier de har ansvar for alle deler av det administrative arbeidet; lage livsgledekalender, kartlegge pasienten, evaluere aktivitetene og oppdatere. Mens noen sier de kun har ansvar for kartlegging av pasienten, og at det er primærhjelpepleier/helsefagarbeider som har ansvar for det resterende. Når det kommer til fellesaktiviteter er det hovedsakelig representanter fra livsgledegruppen som planlegger disse. «Hovedansvaret mitt er å stå for livsgledekartlegging, at jeg fyller ut sammen med pårørende, hva som gir livsglede for pasienten, da. Og så skriver jeg det inn i profil, og så er det sekundærkontakten som har ansvar for å lage kalender» (Sandra).

Livsgledeaktiviteter utføres av alle ansatte i avdelingen, dette gjelder også ekstravakter og assistenter. Alle har ansvar for at livsgledeaktivitetene til de pasientene de har ansvar for den dagen, blir utført. Det blir bestemt på morgenen hvem som har ansvar for fellesaktiviteten, at denne blir utført og dokumentert. Men det er et felles ansvar og alle jobber med dette sammen som et team. Dette er noe alle sykepleierne kan fortelle.

Det er jo den som er livsgledeansvarlig på vakta, som har slik overordnet ansvar for at det blir utført. Men alle som er på jobb må jo bidra. Så hvis jeg går i avdelingen, så har jo jeg på en måte like mye ansvar som de andre ansatte som er på jobb, for at aktiviteten blir utført. (Veslemøy)

Men til tross for dette er det halvparten av sykepleiere som sier at de ikke er, eller sjeldent er med på å utøve livsgledeaktiviteter. De har ansvar for mange andre oppgaver i avdelingen. Likevel føler flere av sykepleierne at de har stor påvirkningskraft på livsgledearbeidet dersom de mener noe kunne vært gjort bedre eller annerledes. «Hvis det er noe man ser, eller mener kunne vært gjort bedre eller annerledes, så har man jo påvirkningskraft, det har man jo, absolutt» (Hedda).

Sykepleierne mener de blant annet kan bestemme hvem som har ansvar for fellesaktiviteter, hvilke aktiviteter som skal gjennomføres, samt følge med på disse og minne personalet på om å observere og dokumentere.

5.2.3 Å arbeide etter livsgledesirkelen

Her vil jeg presentere hvordan avdelingene jobber etter livsgledesirkelen i det praktiske arbeidet med livsgledeaktiviteter. Sykepleierne sier ingenting om livsgledesirkelen, men slik de beskriver arbeidet oppfyller de alle ledd i dette arbeidsverktøyet.

Livshistoriekartlegging av pasientens åndelige bakgrunn:

Samtlige sykepleiere kan fortelle at avdelingen har rutiner for å kartlegge alle nye pasienter ved å fylle ut et livshistoriekartleggingsskjema. En sykepleier kaller denne kartleggingen «det levde liv». Her kartlegges pasientens bakgrunn i forhold til sosiale relasjoner, hobbyer og interesser. Det er et eget punkt på skjemaet som spør etter pasientens livssyn, og hvilke forhold de har til religion. Videre kan alle sykepleierne fortelle at det som oftest er de pårørende som fyller ut dette skjemaet, da pasientene ofte ikke kan uttrykke seg selv. Og dersom pasientene er orienterte kan personalet fylle ut skjemaet sammen med pasienten.

Vi har jo et slikt skjema som vi, enten hvis pasienten klarer å svare fint selv så går vi igjennom skjemaet med dem, men hvis de ikke klarer å svare på det skjemaet selv, så får vi pårørende til å fylle ut. Og der kan man jo blant annet skrive litt om de er personlig religiøse, eller om det er mer slik tradisjon, har de pleid å gå i kirka ved høytider. Ja, har de pleid å høre på gudstjeneste, eller...» (Olivia)

Punktet på livshistoriekartleggingen som omhandler livssyn kan ifølge flere av sykepleierne være lite utfyllt. Pasienten er avhengig av hvor nære de pårørende er for hvor mye dette feltet fylles ut, eller det avhenger av hvor godt de klarer å svare på dette selv. Hos noen pasienter kan det stå at de er kristne, men hos mange står det ikke hvilket livssyn pasienten har. «Noe vet man jo fra livsgledekartleggingen, ikke sant, om deres syn på religion. Men det er ikke alle det står. Det står egentlig lite om det, ja. Så jeg må bare si det er ikke alle jeg vet akkurat hva de synes om det, egentlig, innerst inne» (Hedda).

Når punktet om livssyn på kartleggingen er lite utfyllt, kan det være vanskelig for sykepleierne å vite hvilke livssyn de har og hva de tenker om det. Det kan da være vanskelig å planlegge aktiviteter med åndelig innhold.

Planlegging av livsgledeaktiviteter med åndelig innhold:

Sykepleierne er samstemte i at livsgledeaktivitetene må legges opp etter hver enkelt pasients ønsker og behov. Man må være bevisst på at det er individuelt fra person til person hva som gir livsglede, også på det åndelige eller eksistensielle. Man må også velge aktivitet ut fra det pasienten selv ønsker den dagen. «Du må på en måte kanskje legge det opp mot den enkelte pasient, for det er jo så individuelt fra person til person hva de ser på som ja, en åndelig aktivitet» (Veslemøy).

Å sette seg inn i livsgledekartleggingen og å bli godt kjent med pasientens bakgrunn og interesser poengteres som viktig. Dette da kalenderen/idèbanken skal individuelt tilpasses hver enkelt. De fleste ansatte menes å sette seg godt inn i denne kartleggingen og benytter den aktivt i planlegging, gjennomføring, dokumentasjon og evaluering av aktiviteter. En sykepleier sier man må ta hensyn til hver enkelt sin bakgrunn og ikke tenke på alle som en.

Vi har jo også den livsgledekartleggingen, «det levde liv». Man må sette seg inn i det og se hvilke interesser de har hatt før og hva de har vært opptatt av, og så kan man jo da lage en plan for hva som på en måte kan gi den enkelte pasient livsglede på, ja, også det åndelige/eksistensielle. (Veslemøy)

I planleggingen av aktiviteter er det viktig å sette seg godt inn i pasientens livshistorie og lage aktiviteter som er individuelt tilpasset hver enkelt. Da vil kan man oppleve gode situasjoner når aktivitetene skal utføres.

Gjennomføring av livsgledeaktiviteter med åndelig innhold:

Sykepleierne kan fortelle om ulike livsgledeaktiviteter med åndelig innhold, spesielt til de som er kristne. Aktiviteter som går igjen hos alle er gudstjeneste/andakt, sangstund, lese i Bibelen eller andaktsbok, lese aftenbønn eller det daglige verset. Sykepleierne har inntrykk av at pasientene får det åndelige påfyllet de trenger ved å delta på disse aktivitetene. «Det er mange som setter pris på akkurat de der små stundene» (Sandra). Samtlige kan fortelle at de

tar utgangspunkt i pasientens livshistoriekartlegging når de legger opp til aktiviteter med åndelig innhold. En sykepleier kan fortelle at de markerer høytider innenfor ulike religioner.

På bakgrunn av livshistoriekartleggingen, så har vi noen pasienter som ønsker blant annet å følge med på andakt om det er på radio eller TV. Jeg vet vi har hatt pasienter som har ønsket høytlesning fra Bibelen, fadervåret på sengekanten på kveldstid. Vi har jo også felles andakt her på avdelingen, da vi samler de som ønsker å gå. (Hanne)

En individuell aktivitet alle pasientene har, er en god samtale. Dette er noe alle deltagerne forteller, og en av dem kaller dette for «den gode samtale». Dersom pasienten ønsker det kan de da snakke om personlige ting som er viktige for dem. Det kan ifølge en deltager ha en positiv effekt der pasienten føler at noen bryr seg om dem. «Vi ser jo at de aller fleste setter jo stor pris på at vi har en god samtale, og at vi har slik en til en oppmerksomhet. Snakker om fortiden og hvem de har vært, og at de liksom får den bekreftelsen på at de er fortsatt den samme» (Olivia).

Alle sykepleierne er opptatt av at man som helsepersonell må prøve å være til stede i øyeblikket og møte pasienten der de er. Man trenger ofte bare lytte og vise at man bryr seg om dem og det de forteller. Selv om mange ikke har språk og kan ytre ønsker selv, kan helsepersonellet spørre dem om de for eksempel ønsker å bli lest for, og da kan de svare ja eller nei. «Det er jo hvis man tar seg tid, rett og slett. Og være til stede i øyeblikket, det er jo egentlig det å kunne bruke de der minuttene du har til å prate med dem, være nær dem og egentlig bry seg om dem rett og slett» (Hedda).

Å legge til rette for at pasientene kan få telta på de aktivitetene de ønsker å være med på er viktig for alle sykepleierne. Det kan for eksempel være å få med seg andakt enten på TV eller i fellesareal. Dersom noen ønsker å bli lest til fra Bibelen, eller ønsker at personalet skal be en bønn sammen med dem, blir det tilrettelagt. Det er alltid noen som er villig til å gjøre dette. En sykepleier forteller at det blir benyttet lytteutstyr for de som hører dårlig, eller at det blir benyttet lydbokspiller for de som ønsker å høre på historier fra Bibelen, eller vil lytte til musikk.

Hvis de er sengeliggende slik at de ikke kan være med på andakten de gjerne ville være med på, så er det mulighet til å streame den, sånn at de kan få med seg andakten

på sin egen TV på rommet. Så vi prøver dersom det er begrensninger å løse det på best mulig måte for pasienten. (Sandra)

En sykepleier kan fortelle at de tidligere hadde en pasient som var muslim, og at de da la til rette for hans tradisjoner. De passet på at han ikke fikk svinekjøtt, og at han fikk mannlige pleiere i stellesituasjoner, da han foretrakk det. Da de ikke snakket hans språk, ble det også tilrettelagt med tolk, noe som ga han en trygghet. Det var gjerne ansatte som snakket samme språk som pasienten som fungerte som tolk. Sykepleieren kunne ikke huske om pasienten ga uttrykk for noen religiøse behov, men hun tror han fikk tilfredsstilt dette gjennom en besøksvenn. «Han ga liksom ikke noe uttrykk for noen religiøse behov, men jeg tror han hadde en besøksvenn» (Olivia).

Alle sykepleierne forteller om ulike aktiviteter med åndelig innhold, spesielt til de som er kristen. I det følgende vil jeg beskrive hvordan sykepleierne opplever å dokumentere disse aktivitetene.

Dokumentasjon av livsgledeaktiviteter med åndelig innhold:

En av sykepleierne forteller at livsglede er noe man har holdt på med lenge før det ble Livsgledehem, men at det først nå er satt i system og skal dokumenteres.

Sykepleierne er samstemte i at dokumentasjon av aktiviteter er en nødvendig del av livsgledearbeidet, da dokumentasjonen blir benyttet i evalueringen. Fem av seks sykepleiere synes det er for stort fokus på dokumentasjon, at dette blir utført riktig og på rett sted. Det er stort sett dokumentasjon som tar opp all tiden på undervisninger og på personalmøter. En sykepleier sier hun føler at det å dokumentere riktig er viktigere enn utførelsen av selve aktiviteten.

Og så blir man nesten liksom kjeftet på hvis man har dokumentert en fellesaktivitet på spontan livsglede. Det er nesten det som tar mest fokus. Og det er gjerne det vi blir re-sertifisert på, de ser over dokumentasjonen og hvordan dokumentasjonen er ført inn i rapportsystemet, og det er det som tar mye fokus. Jeg tror vi kunne ha fått gjort noe mer, dersom det ikke var det store fokuset på at vi skulle dokumentere akkurat sånn og sånn og sånn. (Veslemøy)

Det å dokumentere aktiviteter med åndelig innhold trekkes frem som spesielt krevende i dokumentasjon av livsgledeaktiviteter. «Altså, hvordan dokumenterer du det, liksom» (Hedda). At dokumentasjon tar mye tid er det flere sykepleiere som trekker frem, og en sykepleier mener det er vanskelig å dokumentere når en aktivitet ikke er blitt utført. En sykepleier synes det er behov for repetisjon av dokumentering, da det ofte er knapphet på dokumentasjon som sier noe om hvordan pasienten liker aktiviteten. God dokumentasjon er viktig for å kunne evaluere aktivitetene og oppdatere disse.

Evaluering og oppdatering av aktiviteter med åndelig innhold:

Evalueringen går ut på å se på om pasientene har likt livsgledeaktivitetene. Det blir også sett på om aktiviteten er gjennomførbar og om aktiviteten er godt nok dokumentert. Dersom det er dokumentert at aktiviteten fungerer bra, fortsetter de med dette, men dersom det står at aktiviteten ikke fungerer, blir denne aktiviteten tatt bort og de finner en annen aktivitet. Dette kan alle sykepleierne fortelle om. Flere av sykepleierne sier at primærsykepleier og primærhjelpepleier/helsefagarbeider er så godt kjent med pasientene at de ser hva pasienten ikke har utbytte av lenger, endrer på aktiviteter og legger en ny plan. «Jeg er jo såpass godt kjent med pasientene at jeg kan jo komme med innspill og får slettet aktiviteter som pasienten kanskje likte når han kom inn hit, men som nå er blitt så pass mye dårligere at dette ikke er noe pasienten får noe utbytte av lenger» (Olivia).

De fleste sykepleierne trekker frem at pasientene er på Livsgledehemmet over mange år. På grunn av at helsesituasjonen endrer seg over tid, vil også behovene endre seg, spesielt når de nærmer seg døden. Da kan også de åndelige behovene forandre seg. Derfor er det viktig å kartlegge dette for å finne ut om de fortsatt har det samme forholdet til det åndelige. Noen av sykepleierne opplever at de ofte trenger noe mer åndelig å tro på når de nærmer seg døden. Noe alle sykepleierne også er veldig opptatt av, er å finne ut av hvordan pasienten har det til enhver tid, og legge opp til aktiviteter som gir dem livsglede i øyeblikket.

Alt kan jo endre seg, med situasjonen man er i. Og når du kommer kanskje i en ny situasjon, en endret livssituasjon, står ovenfor nye ting, en ny plass i livet, så er det jo en mulighet for at du tenker annerledes, og at du ja, kanskje også føler du har nytte av ting på en annen måte. Så ting som kanskje var litt fjernt når du var frisk og sterk og ung, de er ikke så fjerne lenger, når du begynner å nærme deg at livet går mot en slutt, for eksempel. Eller motsatt, du får ikke noe trøst i det du før fant trøst i. Det er det vi

tenker om den kartleggingen, hvordan ting var før, det gir jo bare et sånt halvt bilde av mennesket. (Josefine)

Alle ledd i livsgledesirkelen blir beskrevet av sykepleierne, og det er variabelt hvor mye ansvar sykepleierne har i dette arbeidet. I neste resultatkategori vil jeg si noe om hvilken kompetanse på åndelig omsorg sykepleierne opplever å inneha.

5.3 Sykepleiers opplevelse av kompetanse

I denne resultat kategorien vil jeg legge frem sykepleiernes opplevelse av deres egen kompetanse, samt den generelle kompetansen i avdelingen, på å møte pasientens åndelige behov. De sier også noe om hvilke erfaringer de har i møte med ulike uttrykk for religiøsitet.

5.3.1 Sykepleiers opplevelse av kompetanse på åndelig omsorg

Det er flere av sykepleierne som trekker frem at siden det er kristendommen som er hovedreligionen i Norge, er det kristendommen de har mest kjennskap til. Det er denne religionen som blir mest vektlagt ved tilrettelegging av aktiviteter i avdelingen. De fleste tilhører Den norske kirke, men noen tilhører mindre menigheter som Jehovas vitne og metodister. Det er bare en sykepleier som kan fortelle at hun har erfaring med en pasient som tilhørte Islam. Hun mener det er for lite kunnskap om Islam i avdelingen, og at hun ikke kan noe om for eksempel bønn. En annen sykepleier kan fortelle at hun har kjennskap til en pasient som tilhører Islam på en annen avdeling på samme sykehjem. «Kristendommen er på en måte en norsk religion, så den kjenner vi jo til. Men jeg er ikke noe trent i å snakke om kristendom på det personlige plan» (Olivia).

Når det kommer til livssyn uten religion, er det få sykepleiere som uoppfordret kan fortelle noe om dette. To sykepleiere forteller at de har pasienter som er humanetikere eller ateister, mens en sier hun ikke har erfaring med pasienter som tror på det åndelige i naturen.

Den generelle kompetansen i avdelingen på å identifisere og møte pasientens åndelige/eksistensielle behov kan være variert. Avdelingene har mange vikarer og ufaglærte som har lite kompetanse, mens det faste personalet har bedre kompetanse. Det handler om at vikarer ikke kjenner pasientene godt nok til å klare å identifisere behovene. Dette er noe de fleste sykepleierne er enige om. Den generelle kompetansen i avdelingene anses som middels god, og det vektlegges ikke nok i det daglige arbeidet.

Vi sliter vel litt med faglighet, rett og slett, på avdelingen, med stor nedskjæring. Og det tenker jeg også vil påvirke dette her med å identifisere åndelige og eksistensielle behov. Vi får jo veldig mye ufaglært arbeidskraft, mye unge assistenter. En er jo ikke like trygg på alle de unge og ufaglærte assistentene har den kompetansen. Så det tror jeg nok vi kan være skadelidende med at fagligheten ikke er den samme. (Josefine)

Sykepleiernes egen kompetanse på å identifisere og møte pasientens åndelige/eksistensielle behov beskrives også som noe variert. Men de fleste sykepleierne synes de har god kompetanse på dette området. Noen mener de har lang erfaring som sykepleiere, og nyttig livserfaring der de har stått ovenfor mange situasjoner der de har blitt utfordret på dette området. Det å være oppmerksom på andres behov for åndelig tilnærming, og å ha ferdigheter til å kunne samtale om dette, er noe av det de tekker frem som viktige egenskaper. En av sykepleierne kan informere om at hun har en relevant videreutdanning. Hun mener videreutdanningen har bidratt til å bedre hennes kompetanse på området. En annen sykepleier sier hun føler hun har mye å bidra med ovenfor de nyansatt, der hun kan forklare og informere. «Vi har jo tross alt en utdanning der vi har, ja, lært endel om de åndelige og eksistensielle behov, og hvilken betydning det har for mennesket» (Josefine).

Det at helsepersonellet blir godt kjent med pasientene, lytte til dem, og sette seg inn i hva som er viktig for dem, er noe som opptar sykepleierne som årsak til deres gode ferdigheter. Videre mener sykepleierne det er viktig å ikke bare tenke på det medisinske, men også på livsgledeaspektet som inkluderer også det åndelige.

En sykepleier tenker at ordet «åndelig» er litt stort. Dersom man ikke kan knytte denne åndeligheten opp mot noen religiøse rammer kan det være vanskelig å få tak på hva det er for noe. Hun tenker at det er mange utfordringer rundt dette og at kunnskapen hennes kunne vært bedre på området.

Sykepleierne rapporterer om noe variert kompetanse i avdelingene på åndelig omsorg. De fleste sykepleierne betrakter sin egen kompetanse på området som bedre enn den generelle kompetansen i avdelingen. Likevel føler sykepleierne at de står ovenfor mange utfordringer i møte med pasientens åndelige behov.

5.4 Ulike utfordringer i møte med pasientens åndelige behov

I denne resultatkategori vil jeg beskrive ulike utfordringer sykepleierne og avdelingene som sådan står ovenfor i det daglig arbeidet med åndelig omsorg.

5.4.1 Organisatoriske utfordringer som hemmer åndelig omsorg

Samtlige sykepleiere forteller om store organisatoriske utfordringer i forhold til livsgledearbeid. Det gjelder i all hovedsak bemanningssituasjonen, med liten bemanning og mye vikarer. Dette fører til lite tid til pasienten og til livsgledearbeid. De mener også at kvaliteten på livsgledearbeidet er påvirket av bemanningen, og at det fungerer forskjellig alt etter hvem som er på jobb. «Når det brenner i alle endene, så er det ikke tid til alt» (Hanne).

Avdelingen er ifølge flere sykepleiere skadelidende med bruk av mye vikarer og ufaglærte, da de ikke har den kompetansen de trenger til tross for opplæring. En sykepleier mener vikarer ikke tar så mye ansvar og overlater mye til de fast ansatte. Flere sykepleiere mener vikarene ikke kjenner pasientene godt nok og ikke har tid til å sette seg inn i pasientens bakgrunn. Det er viktig at pasientene er trygge og har tiltro til dem de skal snakke med, og ikke alle vil snakke med noen de ikke kjenner. «Og så er det at det er mange vikarer som kommer og går. Så selv om at de får denne her opplæringen under sin opplæringsperiode så føler jeg kanskje ikke at de setter seg så godt inn i det som de som er fast, uansett» (Veslemøy).

Alle sykepleierne forteller om en hektisk hverdag med knapphet på tid til å få gjennomført alle gjøremål. De forteller at personalet må «springe» fra det ene rommet til det andre, og at det da blir lite ro rundt livsgledeaktiviteter. Det blir lite tid til å sette seg ned å snakke med pasientene og vanskelig å oppfatte hvordan pasienten opplever livsgledeaktivitetene. En sykepleier forteller at jobbmengde har noe å si på hvor sliten man blir, og det kan da være vanskelig å huske å utføre aktiviteter. «Det er en hektisk hverdag rett og slett. Tiden går veldig, veldig fort. Jeg skulle ønske at klokken bare stoppet litt, men den gjør jo ikke det (latter). Så det går alt for fort, egentlig, det vet jeg det er for alle sammen» (Hedda).

Organisatoriske utfordringer som mye bruk av vikarer og lav bemanning oppgis som problematiske. Dårlig tid oppleves av mange som utfordrende, og god tid er ifølge sykepleierne viktig i arbeidet med å identifisere og møte pasientenes åndelige behov.

5.4.2 utfordringer ved å identifisere pasientens åndelige behov

En annen utfordring mange av sykepleierne stadig kommer tilbake til, er at det kan være utfordrende å identifisere pasientens åndelige behov. Mange av pasientene har en demensdiagnose, og ikke alle klarer å gi uttrykk for hva de tenker og hva slags behov de har. Da mener sykepleierne det er vanskelig å ivareta åndeligheten deres. «Å vite hva som er behovet, er jo det magiske å finne ut av... Hvis det er noen som sitter med noen behov som dem ikke får dekt, så er det jo veldig synd da, at vi aldri får vite om det» (Hedda).

Ifølge en sykepleier kan det være at en person som har vært religiøs tidligere kanskje ikke er det lenger. Eller at en person som ikke har vært religiøs tidligere kanskje blir det når man nærmer seg slutten av livet. Dette kan være vanskelig å fange opp. Det å komme inn på et slikt tema og møte pasienten på de åndelige behovene de har, kan for flere være vanskelig. Ifølge en sykepleier kan det være at pasienten kommer med en kommentar. Men det kan være vanskelig å vite om de mente noe med det, eller hvor sterkt ønsket er å snakke om det. «Jeg synes det er vanskelig, hvor er den grensen eller hvor sterkt er det ønsket. Mente de noe mer med den kommentaren? Jeg synes det er kjempevanskelig, det skal jeg ærlig innrømme» (Hanne).

En annen interessant problemstilling en av sykepleierne trekker frem, er utfordringer som oppstår når religiøse pasienter snakker mye om troen sin og forsøker å omvende medpasienter.

Et viktig element i livsgledearbeidet er ifølge samtlige sykepleiere å observere hvordan pasienten opplever livsgledeaktivitetene. Her er det noen som synes det kan være utfordrende å få personalet til å gjøre akkurat dette. En sykepleier gir et eksempel på at personalet setter pasienten foran radioen for å høre på gudstjeneste, og at de selv tar seg en pause imens. Da får de ikke observere hvordan pasienten reagerer og om dette er noe pasienten har utbytte av. En annen sykepleier forteller om utfordringer der personalet ikke skaper en rolig atmosfære rundt slike aktiviteter. Personalet har ikke alltid tilstrekkelig respekt for slike typer aktiviteter, er det flere sykepleiere som kan fortelle.

Er det andakt eller er det noe fin musikk som beveger noen, så må man sørge for at det er ro ellers i avdelingen. Når man setter i gang en aktivitet, men man sørger ikke for

den fine atmosfæren rundt det, da føler jeg det ikke er respekt for den aktiviteten som skal gjennomføres. (Olivia)

Aktiviteter med åndelig innhold rapporteres av flere sykepleiere som mer krevende enn andre livsgledeaktiviteter. Det er mer tidkrevende og krever mer planlegging. Aktiviteter må legges opp mot hver enkelt pasient, da det er individuelt hvilke åndelige behov den enkelte har. Det er også flere sykepleiere som tror at personalet ser mange begrensninger på hva slags aktiviteter man kan utføre med åndelig innhold. Dette gjelder spesielt til de aller sykeste. Det er også en sykepleier som formidler at de ikke har en lang liste på aktiviteter med åndelig innhold på deres avdeling. «Så jeg tror at vi ansatte ser mange begrensninger i forhold til hvilke aktiviteter vi kan gjøre og hvilke aktiviteter vi føler vil gi utbytte for de pasientene som er aller sykest i alle fall» (Veslemøy).

Det å møte pasientene på det åndelige plan når man ikke er religiøs selv, er noe de fleste av sykepleierne oppgir som utfordrende. Alle har opplevd å ha pasienter som ønsker å få lest fra Bibelen, eller at personalet skal be sammen med dem. Flere av sykepleierne opplever at personalet kan ha problemer med å utføre dette av personlige grunner. Det kan føles ubehagelig og spesielt fordi det handler om det religiøse, og man blir usikker på hvordan man skal utføre det. Men noen opplever at både de selv og andre pleiere synes det er greit å gjennomføre slike aktiviteter. «Man kan jo kjenne at det er utfordrende og personlig, og skulle møte noen på det åndelige planet» (Hanne).

Å identifisere pasientens behov for åndelighet er vanskelig for mange. Det kan også være at noen føler seg ukomfortable i dette arbeidet. Noen opplever at det er liten respekt for aktiviteter med åndelig innhold, og at det til dels er manglende kunnskap om hvilke aktiviteter som kan utføres. Likevel har sykepleierne mange ideer og ønsker om hvordan åndelig omsorg kan utøves.

5.5 Viktige tiltak for å øke kompetansen

I denne resultatkategori vil jeg presentere ulike tiltak sykepleierne tenker kan være viktig for å øke kompetansen på åndelig omsorg og hvordan pasientens åndelige behov kan møtes.

5.5.1 Faglig påfyll om åndelig omsorg

Det er ifølge flere av sykepleierne lite oppmerksomhet på pasientens åndelige behov. De tenker at personalet burde bevisstgjøres mer på dette. Dette temaet kunne vært satt mer på agendaen ved å ha fagdager om det, eller tatt det opp på personalmøter. Dersom personalet hadde skolert seg mer og fått faglig påfyll, ville dette ifølge flere av sykepleierne øke kompetansen på å identifisere behovene og møte disse. Flere av sykepleierne føler personalet har mange begrensninger på aktiviteter de kan utføre med åndelig innhold. Det å få inn fagpersoner utenfra som kan undervise og komme med innspill til aktiviteter, oppgir fem av seks sykepleiere som positivt. Det oppgis eksempler som prest, humanetiker eller representant fra LFE. Sykepleierne trekker også frem at det hadde vært fint med mer hjelp fra pårørende og andre frivillige i dette arbeidet. «Jo bedre skolert man er til å møte dem, jo større sjanse er det for at vi kan hjelpe dem og gjøre noe godt for dem» (Josefine).

Å skape tillit og trygghet mener sykepleierne er viktige tiltak for å kunne hjelpe pasienten til å åpne seg og fortelle om sine behov. For å oppnå denne tilliten mener alle sykepleierne det er viktig å bli godt kjent med pasienten. Helsepersonellet må sette seg inn i livshistorien, men også finne ut hva som er viktig for pasienten i øyeblikket. Det er også viktig at helsepersonellet “er til stede” når de er hos pasienten, og forsøke å se hele mennesket. Da kan de også lettere fange opp det pasienten ikke klarer å si. Dersom pasienten nevner noe pleierne tenker er viktig, mener sykepleierne det er viktig å lytte til det og samtale med dem. Aktiviteten som heter «en god samtale» er noe alle sykepleierne forteller at alle pasientene har. Sykepleierne mener det er viktig at helsepersonellet tenke på hva denne samtalen skal inneholde.

Vi har jo det tiltaket som heter en god samtale, det er en individuell livsglede. Man kunne jo kanskje ha hatt mere fokus på hva er det vi snakker om, at vi snakker om det levde livet, hvordan det er å være her. Noen kan skrive at det har vært en god samtale mens det handlet om hagestell eller om dagens nyheter, så jeg tenker jo det har vært en mulighet til å få mer fokus på åndelige behov. Hva er det den gode samtalen inneholder? (Olivia)

Mange av pasientene har en demensdiagnose og noen av disse pasienten har lite språk. Når de har vanskelig for å uttrykke seg, må man forsøke å hjelpe pasienten til å sette ord på det.

Å sette mer fokus på åndelig omsorg, samt få mer undervisning, er viktige tiltak for å øke kompetansen. Tillit og trygghet er også et viktig element for at pasienten skal gi uttrykk for sine behov. Til tross for økt kompetanse er det flere sykepleiere som mener avdelingene bør være flinkere til å hente inn kompetanse utenfra.

5.5.2 Bruk av ekstern kompetanse i den åndelige omsorgen

Sykepleierne forteller at det ikke er alltid helsepersonell klarer å møte pasientens åndelige behov. Alle de seks sykepleiere som ble intervjuet sier de henter inn, eller ønsker å hente inn, ekstern kompetanse som en tilrettelegging i dette arbeidet. «Det finnes folk som kan gjøre jobben bedre enn meg» (Veslemøy). Alle sykepleierne refererer til er prest, diakon eller til andre religiøse ledere. To av sykepleierne sier det også kan være en venn eller pårørende. De forteller videre at det ikke alltid er at pasienten vil snakke med dem som helsepersonell, men at de vil snakke med en prest. Det kan gjerne være en spesiell prest de har hatt et forhold til, og at de da legger til rette for det. «Hvis det skulle være at pasienten gir veldig uttrykk for at den vil prate med noen der jeg ikke kan møte den pasienten, at man får tak i folk som, det kan jo være en prest, eller en annen venn som forstår deres åndelige syn eller plan eller hvor de er hen» (Hanne).

En av sykepleierne kan fortelle at hun har hørt om et sykehus der de hadde ansatt en representant fra Humanetisk forbund. Representanten skulle være et alternativ til prest der de kunne samtale om eksistensielle spørsmål uten å blande inn religion. Denne sykepleieren ønsker at dette også kunne vært et alternativ i kommunen. En annen sykepleier kan fortelle at de har besøk fra Røde kors, som synger og har aktiviteter med kristent innhold. Det er flere av sykepleierne som tenker de kunne hatt flere frivillige som kunne bidratt med slike aktiviteter. «Men jeg tror jo at uansett hvem vi får inn, ikke sant, handler det om tilrettelegging ut fra deres behov, og så må man jobbe videre ut fra det, da, hvis vi ser at det mangler noe kunnskap om det» (Olivia).

Å hente inn kompetanse utenfra der sykepleierne ikke strekker til, er et viktig tiltak for å møte pasientenes åndelige behov. Dette kan være prest, diakon eller andre religiøse ledere. Representant fra Humanetisk forbund nevnes også som et alternativ til de som ikke har et livssyn med religion.

6 Diskusjon

Resultater fra min forskning vil jeg diskutere opp mot teoretisk ståsted og tidligere forskning om teamet. Jeg vil også trekke inn lovverk som har betydning for temaet. Kapittelet deles inn etter forskningsspørsmålene, og jeg vil diskutere funn som belyser hvert enkelt forskningsspørsmål for seg. Forskningsspørsmålene som belyses er:

Hva legger sykepleierne i begrepet åndelighet og hva det betyr for pasienten?

Hvordan ser sykepleierne på egen og avdelingens generelle kompetanse på å utøve åndelig omsorg?

Hvilke utfordringer står sykepleierne ovenfor i utøvelse av åndelig omsorg?

6.1 Forståelse av begreper åndelighet

I utøvelse av åndelig omsorg er det av betydning hva som legges i begrepet åndelighet og hvordan åndelig omsorg forstås. Dette vil bli løftet frem og diskutert ut fra sykepleiernes forståelse av begrepet åndelighet og hvilken betydning de tenker dette har for pasienten.

6.1.1 Innhold i begrepet åndelighet og åndelig omsorg

På spørsmål om hva sykepleierne i denne studien legger i begrepet åndelighet, opplever flere av sykepleierne at begrepet er vanskelig å definere. Noen klarer ikke å gi noen beskrivelse av hva som ligger i det, annet enn at det er individuelt fra person til person hva det innebærer. Dette er alle sykepleierne i studien enige om. Imidlertid er det noen av sykepleierne som kan gi en beskrivelse av hva de legger i begrepet. Det kommer også frem at åndelighet ikke bare handler om det religiøse, og sykepleierne skiller mellom åndelige og eksistensielle behov.

Utfordringen med å komme frem til en felles forståelse av begrepet er i samsvar med det Torskenæs et al. (2015) fant i sin studie. Gjennom fokusgruppeintervjuer av helsepersonell kom det fram at helsepersonellet syntes det var vanskelig å enes om en felles forståelse for hva det åndelige begrepet inneholder. De mener også at begrepene åndelighet, religiøsitet og personlig tro er sammenvevd og vanskelig å skille. Videre kom det frem i studien til Torskenæs et al. (2015) at åndelighet er noe som gir mennesket en balanse i livet og er viktig ved håndtering av livskriser. Likeledes i den norske studie av Morland et al. (2022) fant de at det var stor variasjon i hva helsepersonell la i begrepet åndelig omsorg. Likevel kom det frem fire tema som kunne beskrev åndelig omsorg; helhetlig omsorg, å sanse pasientens åndelige behov, å se personen bak diagnosen og at begrepet inneholdt mer enn bare religiøsitet.

Sykepleierne i undersøkelsen fortalte at de først tenkte på åndelighet som religiøsitet, men at de etter hvert som de erfarte oppdaget at åndelighet innebar mye mer.

Helsedirektoratet (2019) beskriver åndelighet som et flerdimensjonalt begrep bestående av følgende tre dimensjoner; eksistensielle utfordringer, verdier og holdninger til det som er viktig, og religion- og livssynsmessig forankring. Dimensjonene søker etter mening, hensikt og transcendent i forhold til seg selv, til andre, til naturen og til det hellige. Imidlertid mener Giske og Cone (2019) at det åndelige aspektet kan være vanskelig å definere da det omfatter mange ting og berører hele mennesket.

Siden begrepet åndelighet både er sammensatt og komplekst, er det forståelig at det er vanskelig for sykepleierne i min studie å ha en samlet forståelse for hva det innebærer. Årsak til dette kan være at siden sykepleierne ser på åndelighet som noe personlig og individuelt, kan det være vanskelig å gi en ens definisjon på begrepet.

6.1.2 Religiøse- og livssynsmessige behov og eksistensielle spørsmål

Et funn i denne studien er at sykepleierne mener at åndelighet handler om trosoppfattelse, enten det er knyttet til religion eller ikke. Det interessante er at dersom det ikke er knyttet opp mot en religion er det noen av sykepleierne som mener det er vanskelig å vite hva åndelighet innebærer og hva som er pasientens behov. Videre kommer det frem at noen av sykepleierne oppfatter at de som har en religiøs tro tenker mer på døden, og at troen deres kan gi dem trøst. Imidlertid er det en sykepleier som mener at det også kan ha motsatt effekt, der det kan gi pasientene mer engstelse.

Slik sykepleierne i denne studien beskriver begreper åndelighet er forenlig med Helsedirektoratet (2019) sin beskrivelse av den religiøse- eller livssynsmessige dimensjonen. Denne dimensjonen handler om tro på eller søken etter noe hellig eller en høyere makt. Men det kan også omfatte livssyn uten religion. Dette kan komme til uttrykk gjennom tanker, tilhørighet til livssynssamfunn eller ritualet. Sykepleierne i denne studien vektlegger viktigheten av å være oppmerksom på pasientens uttrykk for åndelighet og åndelige behov. Slike uttrykk mener de må tas på alvor og man må ta seg tid til å lytte til det pasienten har å si. Det er bare på denne måten sykepleierne kan fange opp behovene og legge til rett for utøvelse av åndelige aktiviteter og ritualer. Dette er i tråd med det Hirsch og Røen (2016) sier om viktigheten av å legge til rette for at pasienten får fortsette å utøve trospraksis i en sårbar situasjon.

Likeledes viste resultater fra flere studier jeg har funnet, at åndelig omsorg der det ble tilrettelagt for religiøse ritualer hadde stor innvirkning på pasientens helse (Ayyari et al., 2020; Ennis Jr & Kazer, 2013; Ghotbabadi & Alizadeh, 2018).

Eksistensielle behov beskrives av sykepleierne i denne studie som tanker og følelser rundt det å være til, det livet de har levd og hva som kommer etter døden. Sykepleierne tror dette kan komme av et behov for bekreftelse og opplevelse av selvfølelse. Samtaler om eksistensielle spørsmål dras frem som viktig for at pasienten skal finne indre ro. Videre viser resultater fra min studie at eksistensielle behov ikke er relatert til religiøsitet.

Dette er i tråd med det Helsedirektoratet (2019) beskriver om eksistensielle behov. Det handler om grunnleggende spørsmål mennesker stiller seg i forhold til det å være menneske, om vårt forhold til livet og til døden. Dette er noe som angår alle mennesker og kan forsterkes ved sykdom og når man nærmer seg døden. Ingen av artiklene jeg har inkludert om tidligere forskning sier noe spesielt om eksistensielle behov, eller skiller eksistensielle behov fra det åndelige.

6.1.3 Betydning av åndelig omsorg

Tidligere forskning utført på pasienter i sykehjem, viser at åndelig tilfredshet har betydning for menneskets livskvalitet. Det har også innvirkning på både fysisk og psykisk helse (Ayyari et al., 2020; Ennis Jr & Kazer, 2013; Ghotbabadi & Alizadeh, 2018; Haugan, 2014a, 2015; Herlina & Agrina, 2019). Dette viser et holistisk menneskesyn, der vi må forstå mennesket som en helhet av alle menneskets dimensjoner. Ifølge Odland (2016) består mennesket av en fysisk, en psykisk, en åndelig og en sosial dimensjon, der alle dimensjoner er gjensidig forbundet med hverandre. Den åndelige dimensjonen omfatter hele mennesket (Giske & Cone, 2019).

Også funn i denne studien viser at åndelig omsorg kan ha innvirkning på pasientens psykiske helse. Sykepleierne som ble intervjuet opplever at pasientene i deres avdelinger får det åndelige påfyllet de trenger gjennom livsgledeaktiviteter med åndelig innhold. De tror det kan ha en positiv effekt der pasientene føler at noen bryr seg om dem. Videre opplever sykepleierne at det å snakke om eksistensielle spørsmål kan gi pasientene en indre ro. Det kan også være en bekreftelse på at de fortsatt er den samme til tross for at de er gamle og syke. Dette viser hvor viktig den åndelige omsorgen er for pasienter i sykehjem. Sykehjemspasienter er en sårbar gruppe mennesker der det ifølge Hirsch og Røen (2016) er

viktig at vi som helsepersonell bidrar til at pasientene får praktisert troen sin og får snakke om det som er viktig for dem.

Til tross for at sykepleierne i denne studien ikke har en samlet definisjon på hva begreper åndelighet innebærer, mener alle sykepleierne at flere pasienter får tilrettelagt aktiviteter med åndelig innhold. Det er imidlertid interessant at det ifølge sykepleierne hovedsakelig er de som har et kristent livssyn som får slike aktiviteter. Det fortelles om at de fleste pasienter har en aktivitet som heter en god samtale. Men det er ikke alle som vektlegger det åndelige eller eksistensielle i en slik samtale. Til tross for at Livsgledehem blant annet skal vektlegge det åndelige aspektet i utøvelse av livsgledeaktiviteter, kan det tyde på at det ikke er alle pasienten som får tilbud om aktiviteter med åndelig innhold. Som tidligere nevnt kan det være vanskelig for sykepleierne å identifisere hva som er pasientens åndelige behov, dersom det ikke handler konkret om religion. Det kan tenkes at dette kan føre til usikkerhet blant personalet, og at det kan være lettere å legge til rette for aktiviteter til de pasientene som gir uttrykk for religiøsitet. Her kan det stilles spørsmål om sykepleierne oppfyller sin rolle i å ivareta hele mennesket?

Flere av sykepleierne i denne studien sier det er spesielt når pasienten «går mot det siste» at de åndelige behovene blir sterkere. Åndelig pleie blir i flere avdelinger vektlagt i den terminale fasen ifølge sykepleierne. Ved alvorlig sykdom eller ved store endringer i livet kan forholdet til det åndelige bli satt på prøve (Hirsch & Røen, 2016). Etter det jeg erfarer fra mitt arbeid i sykehjem har alle sykehjemspasienter alvorlig sykdom og stor grad av skrøpelighet. Det er også en stor endring i livet å måtte flytte på sykehjem med en opplevelse av at dette er «siste stoppested». Dette tilsier at åndeligheten kan settes på prøve allerede tidlig i sykehjems-tilværelsen, og at den åndelige omsorgen bør vektlegges også i sykehjems-hverdagen. Slik jeg oppfatter det er det på denne måten LFE (u.å.) tenker ved å drive sykehjem med livsglede som grunnleggende verdi. Det er således et interessant funn at noen av sykepleierne i min studie tenker at det er spesielt i terminal fase at pasienten har åndelige behov. Funn fra en tyrkisk studie fant at det at eldre mennesker bodde i sykehjem eller kommunale boliger påvirket deres fysiske og psykiske helse (Aydın et al., 2020). Aydın et al. (2020) fant videre at det var viktig at helsepersonell var bevisst på pasientens åndelige utfordringer. Det å hjelpe pasienten med disse utfordringene hadde stor betydning for å finne meningen med livet.

6.1.4 Individuell åndelig omsorg

Sykepleierne i denne studien er opptatt av at det er individuelt hva som legges i det åndelige aspektet og hvilke åndelige behov den enkelt har. Videre mener sykepleierne det er viktig å legge opp livsgledeaktiviteter individuelt, spesielt aktiviteter med åndelig eller eksistensielt innhold. Som et hjelpemiddel i livsgledearbeidet har LFE utviklet Livsgledesirkelen (Lundemo et al., 2020), som vist i kapittel 3.1.3. Dette verktøyet sikrer en god prosess i planlegging og gjennomføring av alle livsgledeaktiviteter, også de med åndelig innhold. Første trinn i livsgledesirkelen består i å kartlegge pasientens livshistorie.

Likeledes viser resultater fra denne studien at alle sykepleierne er opptatt av å kartlegge pasientens livshistorie. Det blir benyttet et kartleggings skjema utarbeidet av LFE (vedlegg 2). Her blir pasientens bakgrunn kartlagt, også med tanke på åndelige preferanser. Resultater fra tidligere studier viste at kartlegging av pasientens åndelige bakgrunn var viktig for å identifisere og legge til rett for åndelig utfoldelse (MacKinlay & Trevitt, 2010; Toivonen et al., 2018; L. S. Ødbehr et al., 2012). Videre viste funn fra disse studiene at det å kjenne til pasientens åndelige preferanser gjorde det lettere å forstå pasientens uttrykk for åndelige behov og å møte disse. Slike funn viser at kartlegging av pasientens bakgrunn kan være viktig for ivaretagelse av pasientens åndelige behov. Studien av Morland et al. (2022) fant at helsepersonellet ikke visste hvor de kunne finne informasjon om pasientens åndelige bakgrunn. Dette kan indikere at det ikke er rutiner for å kartlegge pasientens åndelige bakgrunn i norske sykehjem som ikke er sertifisert som Livsgledehjem.

Personsentrert omsorg og VIPS-rammeverket påpeker også betydningen av å kartlegge pasientens bakgrunn. Dette for å kunne gi den enkelte en individuelt tilrettelagt omsorg (Brooker, 2013). Toivonen et al. (2018) finner også at bruk av personsentrert omsorg er viktig i tilrettelegging og utøvelse av åndelig omsorg.

Resultater fra denne studien viser at ikke alle pasienter blir kartlagt på åndelig bakgrunn, til tross for rutiner med utfylling av livshistoriekartlegging. Feltet om åndelige preferanser blir heller ikke lagt like mye vekt på av alle som innhenter informasjon. Sykepleierne forteller det ofte er opp til de pårørende som fyller ut denne kartleggingen hvor mye informasjon man får. Ofte kan det stå at pasienten er kristen uten inngående informasjon om hva dette innebærer. På de pasientene som ikke har et kristent livssyn står det ifølge flere sykepleiere ingen ting på dette feltet. Da kan man spørre seg om at de som ikke er kristen, har noen åndelige behov? Og det å være kristen kan innebære så mangt. Ifølge Helsedirektoratet (2019) har de fleste

mennesker et forhold til det åndelige enten det handler om livssyn med eller uten religion, eller de har eksistensielle spørsmål. Det kan tenkes at ikke alle pasienter får tilrettelagt aktiviteter med åndelig innhold på grunn av manglende kartlegging på dette området. Ingen av forskningsartiklene jeg har funnet sa noe om problemer med manglende kartlegging av åndelige preferanser.

Sykepleierne i denne studien tar utgangspunkt i livsgledekartleggingen når de skal planlegge aktiviteter som individuelt skal tilpasses den enkelte. De sier at det er vanskelig å identifisere åndelige behov og legge til rett for aktiviteter med åndelig innhold når feltet om åndelig bakgrunn ikke er fylt ut i kartleggingen. Men hos de pasientene der det står for eksempel at de er kristne, blir dette tatt hensyn til i planleggingen. Det blir satt opp aktiviteter med åndelig innhold i aktivitetskalenderen. Det listes opp en rekke aktiviteter med åndelig innhold, som gudstjeneste, andakt, lese i Bibelen osv. Som tidligere diskutert forteller sykepleierne at det er den kristne religionen som blir vektlagt i avdelingen. Men sykepleierne er usikre på hvor mye disse aktivitetene blir prioritert i personalgruppen når aktiviteter skal gjennomføres. Dette kan igjen indikere at det ikke blir utført aktiviteter med åndelig innhold til alle pasienter, og at det stort sett er pasienter med kristent livssyn som blir vektlagt.

6.1.5 Personalets holdninger til pasientens åndelighet

Det er interessant å se at et av funnene i denne studien viser at holdninger blant personalet kan påvirke utøvelse av livsgledeaktiviteter med åndelig innhold. Selv så sykepleierne på sine egne holdninger som gode der de respekterer og imøtekommer pasientene på best mulig måte. Derimot mente de at ikke alle i den øvrige personalgruppen har den respekten til pasienten og til aktiviteter med åndelig innhold som de skulle ønske. Noen av sykepleierne kan fortelle at noen av personalet kan velge bort aktiviteter med åndelig innhold. De forteller videre at personalet ikke følger opp aktiviteter godt nok i forhold til observasjon og dokumentering. Imidlertid forteller to av sykepleierne at noen av personalet selv er religiøse. Da kan det være lettere for personalet å forstå hvor viktig livsgledeaktiviteter med åndelig innhold er for pasienten. Sykepleierne forteller ikke noe om at personalet som er religiøse følger opp aktiviteter med åndelig innhold bedre enn det personalet som ikke er religiøse.

Det er også interessant å se at i flere tidligere studier viste det seg at pasientens åndelige tilfredshet var avhengig av personalets holdninger og oppfattelse av hvor viktig det var for dem (Ennis Jr & Kazer, 2013; Haugan, 2014b; Taylor et al., 2019). Det er tankevekkende at personalets holdninger til temaet kan ha slik stor betydning for pasientens åndelige tilfredshet.

Dette henger ikke sammen med det LFE beskriver at et Livsgledehjem er. Livsgledehjem er en arbeidsplass der alle skal jobbe som gode lagspillere for pasientens beste, og med fokus på kvalitet i tjenesten. Personalet skal også kjenne til livsgledearbeidet og jobbe etter prinsipper for personsentrert omsorg (Lundemo et al., 2020).

Det er først og fremst VIPS-rammeverkets første punkt, respekt for pasienten, som her kan trekkes frem som viktig. Her kommer det tydelig frem at hele personalgruppen skal jobbe personsentrert med respekt for pasienten og jobbe for pasientens beste (Brooker, 2013). Studiene det henvises til i forrige avsnitt viser også hvor viktig det er å inneha denne respekten og gode holdninger for pasientens opplevelse av åndelig tilfredshet. Hirsch og Røen (2016) sier også at i forhold til pasientens åndelig relasjoner til andre, er helsepersonells holdninger til og respekt for pasientens åndelighet avgjørende. Videre sier Giske og Cone (2019) at åndelig omsorg handler om måten man praktiserer sykepleie på. Hvordan man møter pasienten, og hvordan man utøver stell og pleie til pasienten, er en del av den åndelige omsorgen.

Bulduk et al. (2017) fant at økt kompetanse på åndelig omsorg øker personalets forståelse for hva som er deres forpliktelser som helsepersonell og hva som er egne holdninger og verdier. Det at sykepleierne i denne studien opplever egne holdninger bedre enn den generelle holdningen i personalgruppen, kan forklares med at sykepleierne har lengre utdanning og bedre kompetanse på åndelig omsorg. Dette kan signalisere at det kan være noe dårlig kompetanse på åndelig omsorg i personalgruppen, og at denne kompetansen burde økes. Samtidig er det viktig å påpeke at dette ikke gjelder hele personalgruppen, og at det ifølge sykepleierne kan være personavhengig.

6.2 Kompetanse på åndelig omsorg

Funn fra denne studien viser at det er noe variert kompetanse på åndelig omsorg både blant sykepleierne og det øvrige helsepersonellet. Imidlertid opplever sykepleierne sin egen kompetanse bedre enn den generelle kompetanse i avdelingen. I dette delkapittelet vil jeg diskutere denne kompetansen opp mot hva som fra et teoretisk perspektiv forventes at sykepleiere og øvrige helsepersonell bør inneha.

6.2.1 Sykepleieres opplevelse av kompetanse på åndelig omsorg

I denne studien kommer det frem at de fleste sykepleierne mener de har god kompetanse på åndelig omsorg. To av sykepleiere som ble intervjuet tenker kompetansen deres kunne vært

noe bedre. Som tidligere antydnet kan det være at den øvrige personalgruppen ikke har den samme kompetansen som sykepleierne. Dette er noe sykepleierne bekrefter da de forteller at den generelle kompetansen i avdelingen er middels god. De fleste sier også at det er mange vikarer og assistenter som ikke har den kompetansen som er nødvendig. Dette kan skyldes at dette personalet ikke kjenner godt nok til livsgledearbeidet eller ikke kjenner pasienten godt nok. Imidlertid mener en av sykepleierne at vikarer og ufaglærte som bruker tid på å sette seg inn i livsgledearbeidet gjør en god jobb.

Flere tidligere studier jeg har funnet peker på en generell mangel på kompetanse blant helsepersonell på åndelig omsorg. Helsepersonell rapporterer at åndelig omsorg er utfordrende og at manglende kompetanse er en barriere for å utøve denne omsorgen (Kroning, 2017; Toivonen et al., 2018; L. Ødbehr et al., 2014). I den japanske studien av Hirakawa et al. (2020) opplevde personalet stor variasjon i åndelige behov hos pasienten. Det var derfor behov for en bred kunnskap på området for å kunne utføre åndelig omsorg.

I de fleste tidligere studiene jeg har funnet har forskningen hatt fokus på helsepersonell generelt, og det er vanskelig å her kunne skille på hva sykepleiere innehar av kompetanse i forhold til annet helsepersonell. Men studiene kan indikere at det er en generell mangel på kunnskap hos helsepersonell. I min studie opplever sykepleierne å ha en generelt bedre kompetanse på området enn annet helsepersonell. Dette tenker sykepleierne kan skyldes utdanning, lang erfaring i yrkeslivet og i livet generelt, der de på ulike måter har blitt satt på prøve i forhold til det åndelige. Dette kan sammenlignes med funn fra Morland et al. (2022) sin studie der de fant at sykepleiere hadde bedre kompetanse på åndelig omsorg og hva dette innebar, enn den øvrige personalgruppen. Noen av assistentene og hjelpepleierne kjente ikke til begrepet åndelig omsorg og mange kunne ikke beskrive hva dette innebar. Imidlertid snakket sykepleierne om åndelig omsorg som en naturlig del av den helhetlige omsorgen. Videre fant denne studien, i likhet med min studie, at sykepleierne mente utdanning og lang erfaring som sykepleiere var årsak til deres gode forståelse. I tillegg mente sykepleierne i studien til Morland et al. (2022) at de som var flinke til å utøve åndelig omsorg hadde en genuin interesse for mennesker. Disse funnene kan igjen indikere at det er noe bedre kompetanse på åndelig omsorg blant sykepleiere enn øvrige helsepersonell i sykehjem.

Ifølge kompetanse-trekanten Skau (2017) beskriver er det tre faktorer som er avhengige av hverandre og som sammen utgjør personens profesjonelle kompetanse. De tre faktorene består av teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Dette er i tråd

med det sykepleierne i min studie forteller om egen kompetanse. De har en utdanning i sykepleie der de har tilegnet seg teoretisk kunnskap om hva åndelig omsorg innebærer og hvor viktig det er for pasienten. De har flere års yrkeserfaring som sykepleiere der de har fått erfaringer i dette arbeidet. To av sykepleierne refererer til lang livserfaring der de har blitt satt på prøve i forhold til det åndelige, og har opparbeidet seg en bevisst holdning til dette. Alle disse komponentene har sykepleierne med seg i arbeidet med sine pasienter.

Dette speiler seg også i det Giske og Cone (2019) deler i generell og spesiell kompetanse på åndelig omsorg. Den generelle kompetansen består av kunnskap til å identifisere pasientens åndelige behov og ressurser, og kunne vurdere og planlegge oppfølging av disse. Den spesielle kompetansen handler om sykepleieren som person. Her vil personlig tro, livserfaringer og kompetanse på området som går ut over det som inngår i sykepleiestudiene spille inn. Videre sier Giske og Cone (2019) at relevant videreutdanning kan øke denne kompetansen. De peker også på at å ha et bevisst forhold til egen tro, vil gjøre det lettere å samarbeide med pasienten. Av de seks sykepleierne som ble intervjuet i denne studien har en sykepleier relevant videreutdanning. Denne sykepleieren var tydelig i beskrivelsen av begrepet åndelighet og hvilken betydning åndelig omsorg har for pasienten.

Flere tidligere studier fant at personalets bevissthet om egne holdninger og verdier i forhold til det åndelige, var viktig for å kunne utøve god åndelig pleie. Dette hadde også sammenheng med hvor godt forberedt helsepersonell var på å møte pasientens åndelige behov (Cone & Giske, 2017; Skomakerstuen et al., 2015). Giske og Cone (2015) fant i sin studie at sykepleierens personlige bakgrunn og egne holdninger, sammen med alder og utdanning, er med på å utvikle personlige og faglige erfaringer. Denne utviklingen er av stor betydning for bedre åndelig omsorg for pasienten. Taylor et al. (2019) fant også i sin studie at sykepleiere som arbeidet i amerikanske sykehjem drevet av religiøse organisasjoner, følte seg mer kompetente til å tilby åndelige eller religiøse samtaler og bønn, enn de sykepleierne som jobbet i andre sykehjem.

I følge EPICC- standarden punkt en skal sykepleieren reflektere over egne verdier og livssyn. Sykepleieren skal også forstå innvirkningene av dette når en sørger for åndelig omsorg (VID vitenskapelige høgskole, u.å.).

Sykepleierne i denne studien forteller at de er med på å kartlegge, planlegge og evaluere livsgledeaktiviteter. Videre er det et oppsiktsvekkende funn at flere av sykepleierne forteller

at de sjelden eller aldri er med på å utøve livsgledeaktiviteter. Dette da de har andre arbeidsoppgaver de blir satt til å gjøre. Det blir da et paradoks at de som er mest kompetent til å utøve aktiviteter med åndelig innhold ikke er med på å utøve disse. Det kan være at organisasjonene bør se på sykepleiers rolle i livsgledearbeidet.

Videre kan sykepleierne i denne studien fortelle at det er liten oppmerksomhet på pasientens åndelighet og livsgledeaktiviteter med åndelig innhold. De mener det også er liten kunnskap på hvilke typer aktiviteter som kan utføres med åndelig innhold. Dette er noe sykepleierne skulle ønske de kunne fått mer opplæring på fra LFE samt ideer om hvilke aktiviteter som kunne gjennomføres. Sykepleierne mener at lite oppmerksomhet rundt åndelig omsorg kan skyldes at dette ikke er agenda i undervisninger på personalmøter og fagdager. Det er heller ikke et tema som diskuteres i personalgruppen i det daglige. Med bakgrunn i dette kan det tenkes at LFE og Livsgledehjemmene kunne ha satt pasientens åndelige behov mer på dagsordenen. Sykepleierne i min studie foreslår å ta opp temaet på personalmøter og fagdager, der personalgruppen kan få mer kunnskap om temaet og om aktuelle aktiviteter.

Morland et al. (2022) fant at åndelig omsorg ikke bare var en sykepleieroppgave, men at dette var en oppgave for hele personalgruppen. De mente derfor det var nødvendig at ledelsen i organisasjonene la til rette for undervisning om åndelig omsorg til hele personalgruppen. Disse funnene kan signalisere at ledelsen i sykehjem og Livsgledehjem bør legge til rette for bedre opplæring og mer undervisning for å bedre den åndelige omsorgen til pasientene.

6.2.2 Erfaringer i å møte ulike åndelige behov

Studiene i forsknings-artiklene jeg har benyttet er fra ulike land og verdensdeler; Norden, Vest-Europa, Sør-Europa, Midtøsten, det fjerne Østen, Australia og Amerika. Det interessante her er at resultatene fra studiene viser at det ikke er stor forskjell mellom landene når det gjelder betydningen av åndelig omsorg. Alle studiene fant at åndelig tilfredshet har betydning for både fysisk og psykisk helse og følelse av mening med livet. Dette viser at menneskets åndelige behov er de samme verden over, men vil trolig komme til uttrykk på forskjellig måte, alt etter trostilhørighet og kulturell bakgrunn.

Sykepleierne som er intervjuet i denne studien har liten eller ingen erfaring med pasienter med en annen kulturell bakgrunn, eller som tilhører en annen religion enn kristendommen. Det er en sykepleier som har erfaring med en pasient som tilhører islamsk religion. En tidligere studie viste at helsepersonell syntes det var vanskelig å møte pasientenes åndelige

behov, da det var mange former for åndelighet (Hirakawa et al., 2020). Helsedirektoratet (2019) trekker også frem at det er individuelt hva som legges i det åndelig og hvilke åndelige behov mennesket har. Dette kan være innenfor samme religion og kultur.

Et mangfoldig kulturelt og religiøst samfunn, vil føre til et større mangfold også av pasientenes åndelige behov. Det er viktig at sykepleiere og annet helsepersonell innehar en grunnleggende kompetanse på å møte disse behovene. Det er også av betydning å styrke den spesielle kompetansen på åndelig omsorg og at helsepersonell er forberedt på å møte pasientens rikholdige åndelige uttrykk. Kartlegging av pasientenes åndelige bakgrunn vil trolig bli enda viktigere i fremtidens mangfoldige åndelige behov.

6.2.3 Bruk av ekstern kompetanse i den åndelige omsorgen

Resultater fra denne studien viser at mange av sykepleierne sier de benytter ekstern kompetanse på å møte pasientens åndelige behov. Eksempler på ekstern kompetanse sykepleierne vet blir benyttet er prest, diakon, representanter fra Røde kors samt pårørende og venner. Igjen er det et tankevekkende funn at det for det meste er de pasientene som har et kristent livssyn som får benytte seg av ekstern kompetanse. Alle sykepleierne ønsker at det kan brukes mer ekstern kompetanse der de som helsepersonell ikke har den kompetansen som er nødvendig. En sykepleier tenker det kan benyttes en representant fra Humanetisk forbund til de pasienten som ønsker dette. Denne sykepleieren tenker det kan være et alternativ til prest eller annen religiøs leder til de som har et livssyn som ikke knytter seg til en bestemt religion. Samtaler om eksistensielle spørsmål kan være aktuelle aktiviteter som kan utøves av denne representanten. Den nederlandske studien av Van der Vaar og Van Oudenaarden (2018) fant at sykehjemmene som var undersøkt i studien ikke hadde rutiner for å benytte seg av eksterne rådgivere i den åndelige omsorgen. Imidlertid er det ingen av de andre studiene jeg har inkludert som sier noe om bruk av ekstern kompetanse.

Den generelle kompetansen i åndelig omsorg Giske og Cone (2019) beskriver, sier at sykepleierne skal kunne vurdere behovet for å hente inn annet fagpersonell. Dette kan være prest eller diakon eller andre som har profesjonell kompetanse på åndelig omsorg. Ifølge Hirsch og Røen (2016) er samarbeid på tvers av profesjoner viktig. Der helsepersonell ikke har den kompetansen som kreves, kan de kontakte prest, diakon eller andre religiøse ledere med spesiell kompetanse på å møte pasientens åndelige utfordringer. EPICC-standarden punkt fire, sier at helsepersonell skal erkjenne personlige begrensninger i utøvelse av åndelig omsorg. Videre skal helsepersonellet vise vilje til å samarbeide med og henvise til andre

profesjonelle eller ikke-profesjonelle der det er hensiktsmessig (VID vitenskapelige høgskole, u.å.).

Med dette for øyet viser det at helsepersonell er pliktige til å henvise til andre fagpersoner der de selv ikke har nok kompetanse på å identifisere og møte pasientens åndelige behov. Funn fra denne studien kan tyde på at det ikke blir benyttet nok ekstern kompetanse på området. Dette da noen sykepleiere forteller om ønske om mer bruk av ekstern kompetanse. Lite bruk av ekstern kompetanse kan tyde på at pasientens åndelige behov ikke blir vektlagt. Pasientens signaler på åndelige behov kan bli oversett i en hektisk hverdag. Det kan også være at personalet ikke kjenner til ulike muligheter for å hente inn ekstern kompetanse. Siden det er kristendommen som er den religionen sykepleierne har mest kjennskap til, kan det være at det er mest tradisjon og kultur for å benytte seg av prest eller diakon.

Ifølge Stortingsmelding nr 15 «Leve hele livet» (2017/2018) skal helse- og omsorgstjenesten sørge for at den enkeltes tro- og livssynsutøvelse og samtaler rundt eksistensielle spørsmål ivaretas. Det å henvise til ekstern kompetanse som prest eller representant fra humanetisk forbund, kan være en måte å sørge for at dette ivaretas på en tilstrekkelig måte.

Persontrent omsorg og VIPPS-rammeverket kan være et hjelpende verktøy i dette arbeidet. I utøvelse av persontrent omsorg må helsepersonellet ifølge Brooker (2013) starte med å verdsette pasienten. Sykepleierne i denne studien vektlegger det å ha respekt for pasienten og det pasienten tror på.

Videre må pasienten behandles som et enkeltindivid og pasientens individuelle behov skal dekkes (Brooker, 2013). Alle sykepleierne i denne studien mener alle pasienter er forskjellige og har forskjellige behov. De mener aktiviteter må legges opp etter pasientens individuelle ønsker og forutsetninger.

Ifølge VIPS-rammeverket skal helsepersonell forsøke å se omsorgen som gis fra pasientens perspektiv (Brooker, 2013). Sykepleierne i denne studien er opptatt av å observere hvordan pasienten opplever livsgledeaktiviteter, også de aktivitetene med åndelig innhold. Sykepleierne forsøker å se aktiviteten ut fra pasientens perspektiv, for å se om det er noe pasienten har utbytte av. På den andre siden viser funn fra denne studien at noen av sykepleiere mener at ikke alle i personalgruppen er like opptatt av å observere og dokumentere hvordan pasienten reagerer på livsgledeaktiviteten. Dette mener sykepleierne vil få konsekvenser for evalueringen av livsgledeaktiviteter.

Videre vil VIPPS-rammeverket at helsepersonell skal arbeide for å skape et støttende sosialt miljø. Helsepersonell skal jobbe for å opprettholde det sosiale fellesskapet pasienten før har vært en del av (Brooker, 2013). I denne studien ønsker sykepleierne å legge til rette for bruk av ekstern kompetanse. Dette kan være samtale med prest, representant fra Humanetiske forbund, venner eller familie. Bruk av ekstern kompetanse kan være med på å skape det sosiale fellesskapet pasienten før har vært en del av når det kommer til det åndelige. En av sykepleierne i denne studien forteller at pasientene ofte vil snakke med en spesiell prest de har hatt et forhold til før de flyttet til sykehjemmet.

6.3 Ulike utfordringer i den åndelige omsorgen

I utøvelsen av åndelig omsorg opplever sykepleierne i denne studien ulike utfordringer. Dette med tanke på identifisering av behov hos beboere, og ulike faktorer som påvirker utøvelsen av åndelig omsorg. I dette delkapittelet vil jeg diskutere hvilken betydning disse utfordringer i åndelig omsorg har for både pasienten og sykepleierne.

6.3.1 Utfordringer ved å identifisere åndelige behov

Ifølge EPICC-standarden punkt to skal sykepleieren ha kunnskap om, og forstå måtene pasientene uttrykker sin åndelighet på. Videre skal sykepleierne respondere sensitivt på pasientens åndelighet (VID vitenskapelige høyskole, u.å.). Et viktig resultat fra denne studien viser at helsepersonellens kompetanse på å forstå pasientens uttrykk for åndelighet ofte ikke svarer til disse kravene.

Mange av sykepleierne i denne studien synes det er utfordrende å identifisere åndelige behov hos sine pasienter. Spesielt til de pasientene som ikke klarer å uttrykke seg verbalt.

Sykepleierne forteller videre det kan være vanskelig å fange opp pasientens signaler på åndelige behov. Derfor kan være vanskelig å vurdere hvor viktig pasientens uttrykk for åndelige behov er for pasienten, og hvorvidt slike uttrykk skal følges opp. En del av denne utfordringen kan kanskje ligge i at det ofte ikke er sykepleierne selv som utøver livsgledeaktiviteter med åndelig innhold. Sykepleierne forteller at det ofte er annet helsepersonell som utøver aktiviteten. De forteller videre at helsepersonellet mange ganger ikke observerer hvordan pasienten reagerer på aktivitetene og at det ikke skrives gode nok rapporter. Da er det enda vanskeligere for sykepleierne å fange opp om pasientene har hatt utbytte av de aktivitetene de har fått tilbud om, eller om behovene har endret seg.

Dette resultatet har mange likhetstrekk med funn i tidligere forskning. Ødbehr et al. (2014) og Toivonen et al. (2018) fant i sine studier at det å forstå pasientens åndelige behov var utfordrende for helsepersonell. Skomakerstuen et al. (2015) fant at pasientens uttrykk for religiøsitet var noe de fleste helsearbeidere hadde liten kjennskap til. Dette kan tyde på at å identifisere pasientens åndelighet er noe som er vanskelig for mange sykepleiere og øvrige helsepersonell. Det kan også indikere at det er et generelt behov for mer kompetanse på å identifisere pasientens åndelige behov. Det er ingen av de studiene jeg finner i mine søk, som sier noe om problemstillingen der sykepleierne ikke er involvert i den åndelige omsorgen på grunn av for mange andre arbeidsoppgaver.

Til tross for utfordring med å identifisere pasientens uttrykk for åndelige behov, har sykepleierne i denne studien meninger om hvordan man kan få til dette. Flere av sykepleierne påpeker viktigheten av å være til stede i øyeblikket når man er sammen med pasienten. Dersom man forsøker å se hele mennesket mener sykepleierne det er lettere å fange opp det pasienten har å si. Til sammenligning fant Toivonen et al. (2018) at helsepersonell måtte være oppmerksomme på pasientens verbale og non-verbale uttrykk for åndelige behov og benytte seg av disse. Videre resultater fra samme studie fant at det var viktig å benytte personsentrert omsorg og se pasientens individuelle behov. Som tidligere diskutert viser også funn fra min studie at alle sykepleierne er opptatt av å legge opp aktiviteter etter pasientenes individuelle behov. Spesielt aktiviteter med åndelig innhold.

EPICC-standarden sier at sykepleieren skal være villig til å utforske den enkelte pasients personlige, religiøse og åndelige livssyn. Sykepleieren skal være åpen og respektfull ovenfor pasientens mangfoldige uttrykk for åndelighet (VID vitenskapelige høgskole, u.å.). Ifølge Hirsch og Røen (2016) handler åndelig omsorg om at helsepersonell forsøker å finne ut hvordan pasienten har det i forhold til ulike relasjoner. Dette er relasjonen til seg selv, til andre, til naturen og det kulturelle, og til en høyere makt.

En nederlandsk studie fant at til tross for en holistisk tilnærming til sine pasienter, hadde helsepersonellet verken rutiner eller verktøy for å hjelpe seg med i møte med uttrykk for åndelige behov (Van der Vaar & Van Oudenaarden, 2018).

I Livsgledehem har helsepersonell verktøy som kan benyttes i livsgledearbeidet. Dette er i første omgang livsgledesirkelen og Vipps-rammeverket som tidligere diskutert. Disse

verktøyene kan tenkes å være til god hjelp til identifisering og oppfølging av pasientens åndelige behov.

6.3.2 Personlige utfordringer i utøvelse av åndelig omsorg

Det å møte pasienten på det åndelige plan når man selv ikke er religiøs, er noe flere sykepleiere i denne studien oppgir som utfordrende. Sykepleierne sier det kan være ubehagelig å utføre livsgledeaktiviteter med åndelig innhold av personlige grunner. Både de selv og øvrige personalet kan bli usikre og føle at de har for lite kjennskap til hvordan de skal møte pasientens uttrykk for åndelighet. Sykepleierne understreker at det kan være forskjellig fra person til person, da mange pleiere synes dette er helt greit.

Dette resultatet blir bekreftet i flere tidligere studier. En norsk studie av Skomakerstuen et al. (2015) fant at personalet følte seg flau og ukomfortable i arbeidet med åndelig pleie. Den fant også at helsepersonellet mente at åndelighet var en privatsak. Giske og Cone (2012; 2015) og Cone og Giske (2017) fant også i flere av sine studier at helsepersonell følte det var tabubelagt å snakke om åndelige forhold. Helsepersonellet mente også det var veldig personlig og privat. I en av Giske og Cones (2012) studier av sykepleierstudenter oppga studentene at det var lettere å snakke om seksuelle forhold enn om åndelige. Dette sier noe om hvor privat og personlig åndelige forhold kan være for mennesket.

Teori om åndelighet og åndelig omsorg som presenteres i kapittel 3.2 sier lite konkret om akkurat dette. Men Giske og Cone (2019) mener det åndelige er noe som rører ved det indre i oss mennesker. Det handler om de store spørsmålene i livet, hva som gir livet gnist, mening, fred og indre ro. I Helsedirektoratets (2019) beskrivelse av åndelighetens ulike dimensjoner handler åndelighet blant annet om menneskets grunnleggende forståelse av det å være menneske. Det handler om menneskets verdier, hva som betyr mest for en i livet, menneskets religiøse tro og tvil. På bakgrunn av dette kan det tenkes at menneskets åndelighet kan bli svært personlig. Det kan trolig føles sårbart å skulle utlevere sine innerste tanker og følelser på dette området til andre.

Ut fra mine egne opplevelser og erfaringer er det mye stigmatisering og mangel på toleranse fra medmennesker og samfunnet generelt på åndelige og religiøse oppfatninger. Dette har ført til tilbakeholdelse av slike oppfatninger og uttrykk for åndelige behov. Det er trolig at dette er erfaringer de fleste mennesker har gjort seg i løpet av livet. Sykepleiernes opplevelse av at pasientens åndelighet er en privatsak, og at dette er et tabubelagt tema, er i så måte

forståelsesfullt. Dette genererer en større åpenhet rundt åndelige forhold for å kunne hjelpe pasienten med å få dekket sine åndelige behov.

Åndelig omsorg skal ifølge Hirsch og Røen (2016) utøves i en bekreftende relasjon til pasienten. Relasjonen må baseres på tillit og respekt, og helsepersonellens holdninger ovenfor pasienten er avgjørende for å kunne ivareta åndelig omsorg. Sykepleierne i denne studien mener også det er viktig å skape tillit til pasienten og ha respekt for de aktivitetene som utføres med åndelig innhold. Dette for at pasienten skal åpne seg og fortelle det de har på hjertet. Men sykepleierne forteller også at det av ulike grunner ikke er alltid personalet oppnår denne tilliten til pasienten. Noe av dette kan bunne i organisatoriske utfordringer.

6.3.3 Organisatoriske utfordringer som kan hindre åndelig omsorg

Et oppsiktsvekkende funn i denne studien er at sykepleierne forteller om ulike organisatoriske utfordringer som kan hindre aktiviteter med åndelig innhold. Sykepleierne mener livsgledeaktiviteter med åndelig innhold er mer krevende enn andre livsgledeaktiviteter. Dette med tanke på at det er mer tidkrevende og at det krever god kompetanse på åndelig omsorg.

Sykepleierne forteller om mye bruk av unge vikarer og ufaglærte og de er usikre på om dette helsepersonellet har den kompetansen som trengs. De mener at vikarer som ikke har kontinuitet i arbeidet ikke har nok kjennskap til pasienten og at de ikke vektlegger aktiviteter med åndelig innhold.

Interessant nok er det ingen av studiene jeg har funnet som sier noe om bruk av vikarer og ufaglærte i omsorgen. Samtidig er det flere studier som peker på viktigheten av god kompetanse hos helsepersonell for å kunne utøve god åndelig omsorg. Haugan (2014b; 2015) fant i sine studier at kompetansen hos helsepersonell og kvaliteten på pleien var avgjørende for hvilken livskvalitet pasientene oppga. Aydin et al. (2020) fant at eldre menneskers eksistensielle forhold ble satt på prøve. Videre fant studien at det var viktig at helsepersonellet var bevisst på dette og hjalp pasientene med slike utfordringer. Dette hadde stor betydning for at pasientene følte mening med livet. Giske og Cone (2012; 2015) og Cone og Giske (2017) fant også i flere av sine studier at det å snakke om åndelige forhold var noe av det helsearbeiderne oppga som mest krevende i omsorgen. Som diskutert i kapittel 6.2.1 er det også flere studier som fant at det var generell mangel på kompetanse hos helsepersonell.

Dette sier noe om hvor viktig kompetanse på åndelig omsorg er for å kunne utøve god åndelig pleie. Dette vil også gjenspeile seg i utøvelse av livsgledeaktiviteter med åndelig innhold.

Kompetanse på åndelig omsorg er diskutert i kapittel 6.2. Her forteller sykepleierne at de mener deres egen kompetanse som sykepleiere er bedre enn kompetansen til øvrige helsepersonell. Den profesjonelle kompetansen som Skau (2017) beskriver innebærer teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Det kan tenkes at ikke alle vikarer og ufaglærte har denne profesjonelle kompetansen. Teoretisk kunnskap avhenger av utdanning. Unge vikarer som kommer og går vil ikke kunne tilegne seg yrkesspesifikke ferdigheter i den grad som kreves. Den personlige kompetansen vil trolig ikke komme til uttrykk på grunn av manglende kjennskap til pasienten og dårlig tid.

Bruk av mye vikarer og ufaglærte kan på denne måten tenkes å være til hinder for gode livsgledeaktiviteter med åndelig innhold. Det kan også tenkes at vikarer og ufaglærte velger bort aktiviteter med åndelig innhold nettopp fordi de selv føler på en mangel på kompetanse på dette området.

En annen organisatorisk utfordring alle sykepleierne i denne studien forteller om er mangel på tid og ressurser. De føler hverdagen er fylt med mange arbeidsoppgaver og at det er knapphet på bemanning i sykehjemmene. Halvparten av sykepleiere forteller at de selv har så mange arbeidsoppgaver at de ikke har tid til å være med på å gjennomføre livsgledeaktiviteter. De mener også at livsgledeaktiviteter med åndelig innhold er ekstra tidkrevende. Dette er fordi aktiviteter med åndelig innhold krever mer planlegging. Det må også legges opp til hver enkelt pasient da det er individuelt hvilke åndelige behov pasientene har. Sykepleierne mener også det tar tid å skape den tilliten og roen pasientene trenger for å åpne opp om åndelige forhold. I en travel hverdag mener sykepleierne dette er krevende for alle i personalgruppen å få til.

I en oppsummerende studie av statistikk og sykepleiebemanning i norske sykehjem og hjemmesykepleien, fant Gautum (2021) at det er en stor og økende mangel på sykepleiere i disse tjenesten. Dette fører til store belastninger for sykepleierne og går ut over arbeidskvaliteten. Dette kan forklare at sykepleierne i denne studien opplever at de har for mange arbeidsoppgaver og at tiden ikke strekker til. Det er tenkelig at livsgledeaktiviteter og åndelig omsorg kan bli en nedprioritert oppgave for sykepleierne. Dette på grunn av at oppgaven med å dekke pasientens fysiske behov blir prioritert i en hektisk hverdag.

Ifølge Odland (2016) vil en holistisk tilnærming til pasienten kreve tid og ressurser. Hun mener videre at dagens økonomiske rammer gir dårlige arbeidsvilkår for en holistisk

tilnærming. Markedskrefter og økonomi spiller en avgjørende rolle for pasienten. Et nedbemannet helsevesen, overarbeidet helsepersonell og en hektisk hverdag fører til en omsorg der holistiske verdier nedprioriteres. Likeledes sier Brooker (2013) at forhold som knappe økonomiske ressurser, underbemanning og hyppig utskifting av personalet vil hindre personsentrert omsorg. Videre mener Brooker også at pleierne som yter omsorg må verdsettes av samfunnet og de som har overordnet ansvar for omsorgstjenesten.

Sykepleiere og annet helsepersonell som jobber i Livsgledehjem kan med bakgrunn i dette tenkes å ha dårlige vilkår for å utøve livsgledeaktiviteter med åndelig innhold. Lav bemanning og mangel på sykepleiere er en utfordring som påvirker omsorgen for sykehjemspasienten på alle områder. Erfaringsvis vil dette føre til en nedprioritering av livsgledeaktiviteter og spesielt aktiviteter med åndelig innhold. Dette er noe sykepleierne som er intervjuet i denne studien bekrefter.

6.3.4 Utfordring i dokumentering av åndelig omsorg

Ifølge LFE (Lundemo et al., 2020) er dokumentasjon av livsgledeaktiviteter en viktig del av livsgledesirkelen. Dokumentasjon av hvilke aktiviteter som er utført og hvordan pasienten opplever denne aktiviteten er nødvendig for å kunne evaluere livsgledeaktivitetene. Ut fra dokumentasjonen planlegges hvilke av de individuelt tilrettelagte aktivitetene som skal videreføres eller som må endres på. Dette gjelder også livsgledeaktiviteter med åndelig innhold. Helsepersonelloven (2001) sier i kapittel 8 § 39 at den som yter helsehjelp er pliktig til å journalføre opplysninger. Videre i § 40 skal journalføringen inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsetjenesten som ytes.

I denne studien forteller alle sykepleierne om viktigheten av å dokumentere livsgledeaktiviteter, nettopp som en hjelp i evalueringen. Fem av seks sykepleiere sier de synes dokumentasjon er utfordrende. Det er spesielt dokumentasjon av aktiviteter med åndelig innhold som er vanskelig. De sier det er vanskelig å skrive ned opplevelser rundt disse aktivitetene, og at det er vanskelig å vite hva som kan betegnes som en åndelig aktivitet. Det kan tenkes at sykepleierne synes det er vanskelig å vurdere hva som er relevante og nødvendige opplysninger som må dokumenteres. Samtaler rundt åndelige forhold kan som tidligere diskutert være personlige og private. Sykepleierne i min studie mener at helsepersonellet må opparbeide seg tillit hos pasienten for at pasienten skal åpne opp om slike forhold. Det kan være at sykepleiere og annet helsepersonell er redde for å bryte tilliten ved å dokumentere om pasientens åndelige betrolser.

Til tross for at sykepleierne mener det er mangel på dokumentasjon på aktiviteter med åndelig innhold, viser funn fra denne studien at nesten alle sykepleierne opplever at det er for stort fokus på dokumentasjon i livsgledearbeidet. Sykepleierne mener videre at fokuset på å dokumentere riktig er viktigere enn selve innholdet i aktiviteten. Videre kan alle fortelle at det er dokumentasjon som er innholdet i all undervisning, både på personalmøter og fagdager. Flere av sykepleierne har et større ønske om undervisning om forskjellige typer aktiviteter som kan gjennomføres, spesielt aktiviteter med åndelig innhold. Det er en av sykepleierne som sier hun har opplevd at pleiere blir hengt ut dersom dokumentasjonen av livsgledeaktivitetene ikke er tilstrekkelige. Denne sykepleieren kan videre fortelle at hun har inntrykk av det er riktig dokumentasjonen av livsgledeaktiviteter LFE bedømmer når de skal re-sertifisere livsgledehjemmene.

Ut fra denne beskrivelsen av sykepleiernes opplevelse av dokumentasjon, kan det synes at Livsgledehjemmene og LFE kunne hatt mer fokusering og opplæring på utøvelsen av aktiviteten og hva denne inneholder.

7 Avslutning

7.1 Oppsummering

Målet med denne studien er å få kunnskap om hvilke forståelse sykepleiere i Livsgledehem har for begrepet åndelighet og hvilken betydning åndelighet har for mennesket. Videre ønsker jeg kunnskap om hvilke kompetanse sykepleiere i Livsgledehem har på åndelig omsorg, og eventuelle utfordringer i dette arbeidet.

Det som helt klart kommer frem i denne studien er at begrepet åndelighet er et komplekst og sammensatt begrep som kan være vanskelig for sykepleierne å definere. Videre er det individuelt fra person til person hva åndelighet innebærer og hvor mye det betyr for hver enkelt. Dette sammenfaller med tidligere forskning.

Videre viser resultatene at det er noe variert kompetanse på åndelig omsorg blant sykepleierne som er involvert i denne studien. Men alle er enige om at deres egen kompetanse på åndelig omsorg er bedre enn den generelle kompetanse i avdelingen. Også dette sammenfaller med tidligere forskning. Paradoksalt viser det seg at mange av sykepleierne i denne studien ikke er,

eller sjeldent er med på å utføre livsgledeaktiviteter med åndelig innhold til pasienten i deres avdelinger.

Sykepleierne vektlegger betydningen av karlegging av pasientens åndelige preferanser. Likevel er det mange pasienter som ikke er kartlagt med tanke på dette, eller som har livsgledeaktiviteter med åndelig innhold. Studien finner også at det oftest er de pasientene som har et kristent livssyn som har aktiviteter med åndelig innhold. Mange pasienter har livsgledeaktiviteten «en god samtale», men sykepleierne er usikre på hva denne samtalen inneholder. Sykepleierne som er intervjuet i denne studien har liten eller ingen erfaring med pasienter som tilhører annen religion enn kristendommen.

Funn fra denne studien viser at temaet åndelig omsorg blir lite vektlagt og at dette ikke er et samtaleemne som diskuteres i avdelingen. Sykepleierne mener også det er liten kunnskap i avdelingen på hvilke typer aktiviteter de kan gjennomføre med åndelig innhold.

Videre viser studien at sykepleierne opplever mange utfordringer i arbeidet med åndelig omsorg. Utfordringen ligger ofte i tidspress og mye bruk av vikarer og ufaglærte. Samtidig kan det være utfordrende å identifisere åndelige behov og møte disse i en travel hverdag.

Sykepleierne forteller om bruk av ekstern kompetanse på åndelig omsorg som prest, diakon, venner og familie. Bruk av mer ekstern kompetanse som blant annet representant fra Humanetisk forbund, er noe flere av sykepleierne ønsker å benytte seg av.

7.2 Betydning for praksis og videre forskning

Resultatet av denne studien kan benyttes av LFE og helsepersonell i Livsgledehem til nytte og inspirasjon i det videre arbeidet med livsglede. Spesielt med tanke på arbeidet med åndelig omsorg og å få dette mer på dagsordenen.

Vider kan det også være til ettertanke i andre sykehjem som ikke er sertifisert som Livsgledehem. Studien kan bidra med å sette temaet åndelig omsorg i fokus, og at dette blir vektlagt mer i arbeidet med alle mennesker som bor i sykehjem. Dette med tanke på et holistisk menneskesyn, og funn fra tidligere studier som viser tydelig sammenheng mellom åndelig tilfredshet, mening med livet og generell helse.

Dette er en forholdsvis liten studie som kun rører i overflaten av hva som finnes av kompetanse på åndelig omsorg, og hva som ligger i menneskets åndelighet. Det kunne vært

interessant å gå i dybden på hvordan sykepleierne identifiserer åndelige behov, og hvordan de utøver åndelig omsorg, til lærdom for andre. En annen interessant spørsmålstilling er om det er ulikheter på kompetanse på åndelig omsorg i Livsgledehem og andre sykehjem som ikke er sertifisert som Livsgledehem. Det ville også være interessant å vite om sykehjemspasienter føler tilsvarende større åndelig tilfredshet i Livsgledehem enn i andre sykehjem.

I en tid med et stadig mer flerkulturelt samfunn vil sykepleiere og annet helsepersonell etter hvert stå ovenfor mange ulike åndelige behov og åndelige uttrykk. Eventuell videre forskning kan se på om disse yrkesgruppene er rustet til å møte dette mangfoldet av åndelighet, og hva som eventuelt skal til for å imøtekomme dette.

Referanseliste

- Aydın, A., Işık, A. & Kahraman, N. (2020). Mental health symptoms, spiritual well - being and meaning in life among older adults living in nursing homes and community dwellings. *Psychogeriatrics*, 20(6), 833-843. 10.1111/psyg.12613
- Ayyari, T., Salehabadi, R., Rastaghi, S. & Rad, M. (2020). Effects of Spiritual Interventions on Happiness Level of the Female Elderly Residing in Nursing Home. *Journal of Evidence-based Care*, 10(1), 36-43. 10.22038/ebcj.2020.44422.2205
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg : veien til bedre tjenester* (Person-centred dementia care). Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse Forl. Aldring og helse.
- Bulduk, S., Usta, E. & Dinçer, Y. (2017). The Influence of Skill Development Training Program for Spiritual Care of Elderly Individual on Elderly Care Technician Students' Perception of Spiritual Support. *Journal of Religion & Health*, 56(3), 852-860. 10.1007/s10943-016-0248-1
- Cone, P. H. & Giske, T. (2017). Nurses` comfort level with spiritual assessment: a study among nurses working in diverse healthcare settings. . *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 26. 10.1111/jocn.13660.
- Ennis Jr, E. M. & Kazer, M. W. (2013). The role of spiritual nursing interventions on improved outcomes in older adults with dementia. *Holistic Nursing Practice*, 27(2), 106-113. 10.1097/HNP.0b013e318280f7f9
- Fottland, H. (2019, februar, 2019). Retningslinjer for personvern i forsknings- og studentprosjekter. Hentet fra https://uit.no/forskning/art?dim=179056&p_document_id=604029
- Gautum, H. (2021). For få på jobb? Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. *Søkelys på arbeidslivet*, Vol. 38 (2), 142 - 157. 10.18261/issn.1504-7989-2021-02-05
- Ghotbabadi, S. S. & Alizadeh, K. H. (2018). The Effectiveness of Spiritual-Religion Psychotherapy on Mental Distress (Depression, Anxiety and Stress) In the Elderly Living In Nursing Homes. *Health, Spirituality & Medical Ethics Journal*, 5(1), 20-25. 10.29252/jhsme.5.1.20
- Giske, T. & Cone, P. H. (2012). Opening up for learning: A grounded theory study of nursing student education on spiritual care. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 21. 10.1111/j.1365-2702.2011.042054.x.
- Giske, T. & Cone, P. H. (2015). Discerning the healin path - how nurses assist patient spiritually in diverse health care settings. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 24. 10.1111/jocn.12907.
- Giske, T. & Cone, P. H. (2019). *Å ta vare på heile mennesket: Handbok i åndeleg omsorg*. oslo: Det Norske Samlaget.

- Haugan, G. (2014a). Meaning - in - life in nursing - home patients: a correlate with physical and emotional symptoms. *J Clin Nurs*, 23(7-8), 1030-1043. 10.1111/jocn.12282
- Haugan, G. (2014b). Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning in life and self - transcendence in nursing home patients. *Scand J Caring Sci*, 28(1), 74-88. 10.1111/scs.12028
- 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. *Scand J Caring Sci*, 29(1), 152-164. 10.1111/scs.12123
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunehelseloven>
- Helsebiblioteket. (u.å.). Databaser. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser>
- Helsedirektoratet. (2019). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Herlina & Agrina. (2019). Spirituality and health status among elderly people in nursing home in Riau, Indonesia. *Enfermeria Clinica*, 29, 13-15. 10.1016/j.enfcli.2018.11.007
- Hirakawa, Y., Yajima, K., Chiang, C. & Aoyama, A. (2020). Meaning and practices of spiritual care for older people with dementia: experiences of nurses and care workers. *Psychogeriatrics*, 20(1), 44-49. 10.1111/psyg.12454
- Hirsch, A. & Røen, I. (2016). Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (bd. 3, s. 315 - 325). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hodge, D. R., Salas-Wright, C. P. & Wolosin, R. J. (2016). Addressing Spiritual Needs and Overall Satisfaction With Service Provision Among Older Hospitalized Inpatients. *J Appl Gerontol*, 35(4), 374-400. 10.1177/0733464813515090
- Kroning, M. (2017). Building a bridge to spiritual care. *Nursing Management*, 48(6), 32-39. 10.1097/01.NUMA.0000516488.58802.9d
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg. Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Livsglede for eldre. (u.å.). Livsglede for eldre. Hentet fra <https://livsgledeforeldre.no/>
- Lundemo, C. S., Tverdal, B. H. & Hopsø, T. (2020). *Veileder for livsgledehem: Livsglede for eldre*.

- MacKinlay, E. & Trevitt, C. (2010). Living in aged care: Using spiritual reminiscence to enhance meaning in life for those with dementia E. MACKINLAY AND C. TREVITT USING SPIRITUAL REMINISCENCE. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(6), 394-401. 10.1111/j.1447-0349.2010.00684.x
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (bd. 4.utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Morland, M., McCherry, W. & Rykkje, L. (2022). Understanding spiritual care - perspectives from healthcare professionals in a norwegian nursing home. *Religions (Basel, Switzerland)*, Vol 13 (3). 10.3390/rel13030239
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). Personverntjenester. Hentet fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/>
- Norsk sykepleierforbund. (1983, Vår 2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- NSD- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.-a). Hva er personopplysninger. Hentet fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/hva-er-personopplysninger>
- NSD- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.-b). Oppslagsverk for personvern i forskning. Hentet fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/>
- NSD -Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). Informasjon til deltakerne. Hentet fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekkliste-for-informasjon-til-deltakerne/>
- Odland, L. H. (2016). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (bd. 4, s. 25 - 42). oslo: Gyldendal Akademinsk.
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition.; International edition. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (4 utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademinsk.
- Skomakerstuen, Ø., Liv, Kvigne, K., Hauge, S. & Danbolt, L. J. (2015). A qualitative study of nurses' attitudes towards' and accommodations of patients' expressions of religiosity and faith in dementia care. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 71(2), 359-369. 10.1111/jan.12500

- Stortingsmelding nr 15. (2017/2018). *Leve hele livet -En kvalitetsreform for eldre* (Meld.St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Taylor, E. J., Gober-Park, C., Schoonover-Shoffner, K., Mamier, I., Somaiya, C. K. & Bahjri, K. (2019). Spiritual Care at the Bedside: Are We Practicing What We Preach? *Journal of Christian Nursing*, 36(4), 238-243. 10.1097/CNJ.0000000000000570
- Toivonen, K., Charalambous, A. & Suhonen, R. (2018). Supporting spirituality in the care of older people living with dementia: a hermeneutic phenomenological inquiry into nurses' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 880-888. 10.1111/scs.12519
- 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 (John Wiley & Sons, Inc.)*, 24(23-24), 3355-3364. 10.1111/jocn.12962
- Universitetet i Oslo, U. (2019). Tjenester for Sensitive Data (TSD). Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/>
- University of Hull. (2012, Mai, 2020). Systematic Reviews: Formulateing a Research Quetstion. Hentet fra <https://libguides.hull.ac.uk/c.php?g=247146&p=1665806>
- Van der Vaar, W. & Van Oudenaarden, R. (2018). The practice of dealing with existential questions in long-term elderly care. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 13(1), 1508197-1508111. 10.1080/17482631.2018.1508197
- Verdighetsgarantien. (2010). *Forskrift om en verdig alderdom* (LOV-2011-06-24-30-§3-1). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- VID vitenskapelige høyskole. (u.å.). EPICC Norsk. Standard for åndelig omsorg: Kjernekompetanse i åndelig omsorg for bachelorstudenter i sykepleie. Hentet fra <https://www.vid.no/filer/epicc-norsk-standard-for-utdanning-i-andelig-omsorg/>
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatri : en medisinsk lærebok* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- 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 Nurs*, 13(1), 12-12. 10.1186/1472-6955-13-12
- Ødbehr, L. S., Kvigne, K., Danbolt, L. J. & Hauge, S. (2012). Åndelig omsorg til personer med demens i sykehjem.

Vedlegg 1 – SPIDER-skjema

Forskningsspørsmål: Hva legger sykepleiere i livsgledehem i begrepet åndelighet, og hva åndelighet betyr for pasienten? Hvordan ser sykepleierne på egen og avdelingen generelle kompetanse på åndelig omsorg, og hvilke utfordringer står de eventuelt ovenfor i dette arbeidet?

SPIDER-modell:

S – helsepersonell

PI – åndelig/eksistensielle behov

D – intervju

E – helsepersonellets kompetanse

R – kvalitativ metode

Søke-ord:

| | | | | | | | |
|----|---------------------|-----|----------------------|-----|-----------------|-----|-----------------------|
| | helsepersonell | and | Åndelige behov | and | sykehjem | and | Sykehjems- pasient |
| or | nurse | | spiritual | | nursing home | | elder |
| | Health personnel | | Spiritual needs | | | | aged |
| | Care workers | | Spiritual care | | | | |
| | | | existential | | | | |
| | | | Existential needs | | | | |
| | | | Existential care | | | | |

Vedlegg 2 – Livshistoriekartlegging



plass til
kommunens

,

Livshistoriekartlegging

Bilde av
beboer

Beboers navn:

Fødselsdato:

Nærmeste pårørende:

Skjema utfylt av, dato:

Oppdatert dato:

Primærkontakt:

Sekundærkontakt:

Hvorfor kartlegge livshistorien?

Vårt mål er å tilby deg en individuelt tilpasset tjeneste av god kvalitet. Da er det viktig for oss å vite noe om bakgrunnen din, samt dine behov, ønsker og vaner. Denne informasjonen gjør det mulig for oss å legge til rette for at du får fylle tiden din med det som gir deg mening og glede. Den kan også hjelpe oss å ivareta dine medisinske behov på en lystbetont måte. Spesifiser ting du ønsker at ikke skal bli glemt, og som ansatte skal legge til rette for.

Vi vil bidra til å skape meningsfulle øyeblikk, og samtidig bevare gode minner fra fortiden. Opplysningene du/dere deler brukes som bakgrunn når vi planlegger individuelle aktiviteter. Fordi vi er et livsglede hjem, vil vi månedlig evaluere om de planlagte aktivitetene du får tilbud om gir deg opplevelse av mestring, trygghet og glede. For å sikre brukermedvirkning, vil vi at du og dine pårørende (om ønskelig) blir inkludert i størst mulig grad. Slik kan vi legge til rette for at du får gode hverdager hos oss. Spør oss gjerne hvis du lurer på noe underveis.

Dette skjemaet inneholder temaer som skal hjelpe oss med å bli bedre kjent med deg. Under hvert punkt står det en kort hjelpetekst som sier noe om hva som kan være fint for oss å vite.

1. Bakgrunn

Foreldre og søsken

Skriv inn: navn, alder, yrke og eventuelt dødsår på nære slektninger, din plass i søskenflokket. Har det vært/er det spesielt god kontakt med noen av søsknene? Evt uvennskap?

Skolegang/utdannelse

Skriv inn: type skolegang og utdannelse. Er det hendelser det har vært snakket mye om i den forbindelse?

Arbeid

Skriv inn: arbeidserfaring. Hva slags type arbeid, hvor lenge varte arbeidsforholdet, er det kolleger eller hendelser som huskes godt?

Oppvekst og bosted(er)

Skriv inn: bosteder gjennom livet. Spesielle hendelser eller minner fra bosted, barndommen, finnes hjemmet/-ene fremdeles? Er det spesielle hendelser eller ting fra barndommen som har betydning mye for deg?

Ektefelle(r)/ partner(e)

Skriv inn: Navn, fødselsår, yrke, dato og årstall for bryllup. Minner av betydning (feks markeringer, reiser, feiringer)?

Barn, barnebarn, oldebarn, «bonusbarn» ol:

Skriv inn: navn, fødselsår, yrke, bosted på barn og svigerbarn, navn på barnebarn, oldebarn ol. Har det vært spesielt god kontakt med noen av disse? Hvordan ønsker du å opprettholde kontakten?

Andre slektninger, nære relasjoner og venner

Skriv inn: navn, fødselsår, evt død, bosted. Si litt om forholdet. Har det vært/er det spesielt god kontakt med noen? Er det spesielle minner å fremheve? Hvordan ønsker du å opprettholde kontakten?

2. Hva ønsker du å fylle tiden din med?

Vi ønsker å vite litt om hva som gir deg livsglede, og hvordan vi kan legge til rette for dette i dag. Hva gjør deg glad, fornøyd og trygg? Det kan gjøre det lettere for oss å forstå hva du vil eller hva som uroer deg hvis du ikke får satt ord på det selv. Er det noe spesielt som er viktig for deg å klare selv så lenge som mulig?

Beskriv deg selv som person

Skriv inn: Hvordan er du som person? Liker du å ha noe å drive med, må ha det ryddig rundt deg for å finne ro eller er det annet som er spesielt viktig for deg?

Samvær med andre

Skriv inn: Liker du å delta i sosialt samvær, eller trives du best alene? Får du regelmessig besøk, i så fall av hvem? Navngi gjerne kolleger, venner, naboer eller andre du ønsker å ha kontakt med. Er det noe vi bør vite for å ivareta dette?

3. Frisk luft

Skriv inn: Hvordan kan vi legge til rette for at du får komme ut i frisk luft? Er du glad i å være ute? Er selve turen målet, eller motiveres du av praktiske oppgaver som hagearbeid, å mate fugler, hente avisen, strø når det er glatt, luften hunden eller gå på butikken? Liker du sol og varme, eller sitter du helst i skyggen? Liker du den kalde årstiden? Liker du å kjenne vind og regn i fjeset, eller trekker du inn når skyene kommer? Er du mindre glad i å være ute, er det også nyttig for oss å vite.

4. Kontakt med dyr

Skriv inn: Vi ønsker å legge til rette for samvær med dyr, hvis du ønsker det. Har du hatt egne dyr, i så fall hvilke? Ønsker du kontakt med dyr, i så fall hvilke? Har du allergi mot eller misliker visse dyr, i så fall hvilke?

5. Hobbyer og fritidssysler

Skriv inn: hobbyer og fritidssysler du har/har hatt glede av (feks håndarbeid, matlaging, hagearbeid, sport, båt, bil, hytte, samling, jakt, friluftsliv, reising osv). Liker du brettspill, kortspill og leker som bowling, boccia eller ringspill? Hvordan kan vi legge til rette for at du kan fortsatt skal kunne ha glede av hobbyene dine i en eller annen form (f.eks. har du tidligere spilt fotball, men får nå glede av å se på kamper på tv)?

Lesing/Medier

Skriv inn: Tidsskrifter, blader og aviser du har brukt å lese, spesielle bøker, litteratur. Er det radio- og tv-program du bruker/likes å høre og se? Bruker du PC/nettbrett? Bruker du sosiale medier, i så fall hvilke? Behov for hjelpemidler?

Samfunnsengasjement

Skriv inn: Bruker du å stemme ved valg? Er du politisk engasjert, eller interessert i nyheter og hendelser i samfunnet? Har du vært frivillig, hatt tillitsverv, vært med i foreninger du ønsker å holde kontakten med?

6. Musikk, kultur og åndelige behov

Musikk

Skriv inn: Hva slags musikk liker du? Liker du å synge og/eller spille selv, evt. hva slags musikk, og hvilke(t) instrument? Har du vært med i kor, korps el.? Oppgi yndlingssanger og –artister som betyr noe ekstra for deg. Er det musikk som hjelper deg å slappe av, gjør deg glad, gir gode assosiasjoner og minner? Er det musikk du misliker? Skriv gjerne konkrete sanger og artister.

Kultur

Skriv inn: Er du interessert i dans, teater, konserter, film, kunst eller annen kultur? Beskriv gjerne sjangre innen de ulike områdene (ballett eller danseband, Olsenbanden eller dokumentarer?) Er det noe spesielt vi kan gjøre for å legge dette til rette for deg?

Åndelige behov

Skriv inn: Hva er viktig for deg, og hvordan kan vi legge til rette? (Åndelige behov kan være mer enn religion, feks natur, kultur eller samvær med dyr.) Beskriv betydning av tro eller livssyn før og nå. Ønsker du å delta religiøse tilstelninger som andakter? Er markeringer knyttet til tro viktig (feks bordbønn/annen bønn, nattverd, jule- og påskegudstjenester, ramadan, faste)? Besøker du gravsted regelmessig? Hvor/hvem? Har du ønsker knyttet til tro og livssyn ved livets slutt (som besøk av religiøs leder, nattverd, bønn, sang, annet)?

7. Mat og måltider

Skriv inn: Hvordan kan vi legge til rette ved måltidene? Er det mat du er ekstra glad i, eller har du spesielle tradisjoner eller vaner knyttet til mat? Er det noe du ikke liker eller er allergisk mot? Hva er ditt forhold til alkohol? Liker du å spise alene, eller sammen med andre? Er det noe som hjelper deg med å få matro?

8. Informasjon og mulighet for medvirkning for pårørende

Skriv inn: Pårørende har rett til informasjon og medvirkning, dersom du ikke motsetter deg dette. Vi ønsker å ivareta dine pårørendes rettigheter, og derfor er det viktig at vi vet noe om hvilke behov og ønsker de har. Vil pårørende kontaktes månedlig for evaluering og oppdatering? I hvor stor grad ønsker de å involveres og delta i dine planlagte livsgledeaktiviteter?

9. Årstidene i hverdagen

Skriv inn: Hvordan kan vi på best mulig måte trekke årstidene inn i din hverdag? Er det spesielle tradisjoner som er viktig for deg? Vi tenker ikke bare på nasjonale og internasjonale høytidsdager, men også individuelle årstidsrelaterte vaner og tradisjoner som er viktige for deg.

10. Døgnrytme

Skriv inn: Liker du å stå opp og legge deg tidlig, eller være sent oppe? Hviler du middag, evt. når og hvor lenge? Har du spesielle rutiner du må følge for å få sove, og skal vinduet være åpent eller lukket? Vil du ha det helt mørkt eller ha en lampe tent? Har du ønsker om puter og liggestilling? Ber du aftenbønn, leser på sengekanten eller vil du drikke kaffe i sengen om morgenen før du står opp?

11. Annen nyttig kunnskap

*Skriv inn: Er det noe du liker å snakke og mimre om? Er det minner, hendelser, temaer, hendelser, personer og annet du **ikke** vil snakke om eller bli minnet på, eller aktiviteter du **ikke** vil delta på? Bruk av tobakk? Er det annet som kan være greit å vite om, som kan ha betydning for din livskvalitet (vaner/uvaner osv)?*

12. Kan bilder du er med på offentliggjøres på sykehjemmet, internett og i medier?

(sett X)

Ja, men kun internt på sykehjemmet

Ja, på alle medier

Nei

Takk for opplysningene, og velkommen til oss!

Med vennlig hilsen personalet

(Sett gjerne inn et hyggelig bilde fra deres virksomhet her)

Vedlegg 3 – intervjuguide

Innledning: (før opptak starter)

- Takke for at personen stiller opp
- Presentere meg selv, og fortelle hva formålet med intervjuet er
- Fortelle hvordan dataene blir behandlet og tillatelse til å ta opp intervju (skrive under på samtykkeskjema)
- Fulle ut logg på informant
- Fortelle kort hva intervjuet skal handle om (fortelle at jeg ikke ønsker å vite deres personlige livssyn/trosoppfatning, men ønsker å vite hvordan de opplever å utføre aktiviteter med åndelig/eksistensielt innhold i deres arbeid)
- Fortelle hvor lang tid vi regner med intervjuet tar
- Informere om rett til å trekke seg

Utforskende spørsmål: (opptak starter)

- Poengtere at informanten har samtykket til intervju og opptak av intervju, informanten har rett til å trekke seg, ved transskripsjon vil intervjuet bli aidentifisert.
- Har sykehjemmet vært sertifisert som livsgledehem i over ett år?
- Hvem er det som planlegger og gjennomfører livsgledeaktiviteter på din avdeling? (sykepleiere, helsefagarbeidere, assistenter)
- Har du fått opplæring i forhold til livsgledearbeid? I så fall, hvem har gitt deg denne opplæringen? Har alle på avdelingen fått denne opplæringen?
- Hvilket ansvar har du som sykepleier for planlegging og gjennomføring av livsgledeaktiviteter?
- Hvilke muligheter har du som sykepleier til å påvirke innholdet i livsgledearbeidet?
- Kan du gi eksempler på hvilke livsgledeaktiviteter som gjennomføres på deres avdeling?

- Har du eksempler på livsgledeaktiviteter med åndelig/eksistensielt innhold? (Individuelle? Felles?) (Dersom ikke utføres åndelige aktiviteter – hvorfor tror du det er slik at dette ikke blir utført?)

- Kan du huske og fortelle om en spesiell aktivitet med åndelig innhold du synes var spesiell/fin? Eller kanskje vanskelig?

Kjernespørsmål:

- Hva legger du i begrepet åndelig/eksistensielle behov, knyttet til ditt arbeid her på livsgledehemmet? (Hva tenker du ift pasienter som tilhører andre trosretninger, livssyn uten religion? Pasienter som ikke tilhører et tradisjonelt kristent livssyn?)

- Hvordan vektlegges aktiviteter med åndelig/eksistensielt innhold i deres avdeling?

- Hvordan kartlegges deres pasienter ift deres åndelige bakgrunn? Blir denne kartleggingen aktivt benyttet i planleggingen av aktiviteter? Hvem deltar på kartleggingen? (evt: hva tror du kan være årsak til at dette ikke blir kartlagt?)

- Hva tenker du kan være fine/gode aktiviteter med åndelig/eksistensielt innhold?

- Hvordan opplever du det å gjennomføre slike aktiviteter? Er det noen utfordringer?

- Hvordan tenker du at dere kan tilrettelegge for åndelige aktiviteter/ritualer?

- Hvordan ser du på den generelle kompetansen i din avdeling på å identifisere og møte pasientens åndelige behov?

- Hvordan opplever du din egen kompetanse på området? (Hva er det som gjør at kompetansen er god/dårlig?)

- Hva tenker du at du/dere eventuelt trenger mer kompetanse på?

- Hvordan tenker du dere kan erverve ny/bedre kompetanse på området?

- Har du erfaringer på området du tenker du kan dele med andre?

- Er det noe annet du har på hjertet rundt temaet jeg ikke har spurt om som du gjerne vil fortelle?

Eksempler på oppfølgingsspørsmål for å gå dypere i samtalen:

- Fortell mer om det...
- Hva tenker du om det...
- Hva gjorde du i den situasjonen...
- Hva kan være utfordrende her...

Avslutning: (opptak avsluttes)

- Oppsummere samtalen kort - Hvordan opplevde du intervjusituasjonen

Vedlegg 4 – Rekrutteringsbrev

Til kommunalsjef -helse og omsorg i ?? kommune

Forespørsmål om tillatelse til å rekruttere informanter til mastergradsprosjekt om sykepleieres kompetanse på å møte og identifisere sykehjemspasientens åndelige/eksistensielle behov, og utøve livsgledeaktiviteter med åndelig/eksistensielt innhold.

Mitt navn er Edith Abelsen, mastergradsstudent i aldring og geriatrisk helsearbeid ved Uit – Norges arktiske universitet, institutt for helse og omsorg. Som avslutning i dette studiet skal jeg skrive en mastergradsoppgave der jeg ønsker å forske på ovenstående tema. Hensikten med studien er å rette søkelyset mot sykehjemspasientens åndelige/eksistensielle behov, og forsøke å finne ut av sykepleieres kompetanse på området. Hvordan er sykepleieres vurdering av egen og avdelingens generelle kompetanse på å møte og ivareta pasientens åndelige/eksistensielle behov? Studien kan bidra med å identifisere kompetanse/mangel på kompetanse, og eventuelle utfordringer knyttet til tema.

Som hjelp til å gjennomføre prosjektet ønsker jeg å intervju 5 - 7 sykepleiere på sykehjem, både somatiske og skjermede avdelinger. Sykehjemmene må være kvalifisert som Livsgledehjem, da det er kompetansen rundt temaet på Livsgledehjem jeg ønsker å identifisere. Dette fordi organisasjonen Livsglede for eldre vektlegger de åndelige/eksistensielle behov hos pasienten. Inklusjonskriterier: sykepleieren må ha jobbet som sykepleier ved Livsgledehjem i minst ett år. Avdelingen må også ha vært sertifisert som Livsgledehjem i minst ett år. Det er ønskelig at sykepleierne har variert erfaring, både hvor lenge personen har jobbet som sykepleier og evt. tidligere sykepleiererfaring. Jeg ønsker å intervju både kvinner og menn.

Jeg ber derfor om muligheten til at aktuelle avdelingsledere ved Livsgledehjem kan bli informert, og være villig til å være behjelpelig med å rekruttere informanter. Deltakelsen er frivillig, og det vil bli gitt skriftlig og muntlig informasjon om forskningsprosjektet til hver enkelt deltager. Deltagerne vil bli bedt om å skrive under samtykke til å delta i studien, og vil samtidig få informasjon om at deltakelsen er frivillig. Videre vil informantene få informasjon om muligheten til å trekke seg fra studien uten å oppgi noen grunn, og uten at det vil få noen negative konsekvenser. Etiske retningslinjer vil bli fulgt og både kommune, sykehjem og deltager vil anonymiseres. Jeg ber dermed om tillatelse til å gjennomføre intervjuer med sykepleiere i Livsgledehjem i din kommune.

Med vennlig hilsen.

Masterstudent: Edith Abelsen, telefon: 48285285, epost: eab007@uit.no

Veileder: Gunn Mari Holdø, Universitetslektor, telefon: 76966169, epost: gunn-mari.holdo@uit.no

Vedlegg 5 – informasjonsskriv med samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet «Åndelig omsorg i Livsgledehem»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på hvordan sykepleiere i livsgledehem opplever å utføre livsgledeaktiviteter med åndelig/eksistensielt innhold, og hvordan de ser på egen og avdelingens kompetanse på området. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål:

Dette forskningsprosjektet er en mastergradsoppgave i aldring og geriatrisk helsearbeid ved Uit – Norges arktiske universitet, institutt for helse og omsorg. Organisasjonen «Livsglede for eldre» som sertifiserer sykehjem til Livsgledehem, har som formål å implementere livsglede i sykehjemspasientens hverdag. Den åndelige omsorgen har ifølge organisasjonen stor plass i dette livsglede-arbeidet. Mitt formål med forskningen er å finne ut om det er behov for mer kompetanse blant helsepersonell på å utøve aktiviteter med åndelig/eksistensielt innhold. Jeg ønsker å undersøke hva sykepleiere tenker om sin egen kompetanse på området, og hva de tenker om den generelle kompetansen på området på sin avdeling. Hva legger du i begrepet åndelige/eksistensielle behov knyttet til ditt arbeid på sykehjemmet, og blir dette integrert i pasientens dagligliv? Er det noen utfordring knyttet til dette?

Mitt forskningsspørsmål: Hvordan er sykepleieres vurdering av egen og avdelingens generelle kompetanse på å møte og ivareta pasientens åndelige/eksistensielle behov?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet? Det er Uit – Norges arktiske universitet ved veileder Gunn Mari Holdø, universitetslektor, som er ansvarlig for prosjektet. Jeg, Edith Abelsen som masterstudent, vil ha det daglige ansvaret for forskningsprosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta? Du mottar denne forespørselen fordi du fyller inklusjonskriteriene for denne studien. Disse er at du bør ha jobbet som sykepleier på en avdeling sertifisert som Livsgledehem i minst ett år. Avdelingen må også ha vært sertifisert som Livsgledehem i minst ett år. Jeg ønsker å rekruttere fem til syv sykepleiere med erfaring fra Livsgledehem, gjerne med variert erfaring.

Hva innebærer det for deg å delta? Dersom du ønsker å delta i prosjektet, innebærer det at du er med på et individuelt intervju/samtale som vil ta 45 – 60 minutter. Det vil gjøres

lydopptak av intervjuet/samtalen. Intervjuet/samtalen vil dreie seg om hvilke livsgledeaktiviteter dere utfører med åndelig/eksistensielt innhold på deres avdeling. Hvordan du ser på din egen og avdelingens kompetanse på å identifisere og møte pasientens åndelige/eksistensielle behov, og hvordan utøve slike aktiviteter. Eventuelle utfordringer rundt dette tema. Det vil bli brukt lydopptaker under intervjuet. Lydopptaket vil bli kryptert, sendt og oppbevart etter gjeldende retningslinjer i henhold til Tjeneste for Sensitive Data (TSD). Formålet med opptaket er å skrive intervjuet om til skriftlig tekst. Det er frivillig å delta. Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger? Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun jeg, Edith Abelsen, som student og min veileder ved Uit, Gunn Mari Holdø, universitetslektor, som vil ha tilgang til informasjon om deg. - Navnet ditt og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. - Lydopptak vil bli overført og lagret kryptert hos TSD. - Intervjuene vil bli transkribert av meg og alle personidentifiserbare data vil bli anonymisert under transkribering. - Din samtykkeerklæring vil bli oppbevart innelåst. - Opplysninger som publiseres er kun oppsummert data fra intervjuene. Du som deltager vil ikke kunne gjenkjennes ved publikasjoner.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet? Ved prosjektslutt vil alle opplysninger om deg og lydfiler bli forsvarlig slettet. Prosjektslutt er senest planlagt til desember 2022.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg? Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Uit – Norges arktiske universitet, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

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

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

- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Uit – Norges arktiske universitet ved Gunn Mari Holdø, Universitetslektor, mailadresse: gunnmari.holdo@uit.no, telefon: 76966169
- Student, Edith Abelsen, mailadresse: eab007@uit.no, telefon: 48285285
- Personvernombud for Uit er Joakim Bakkevold, mailadresse: personvernombud@uit.no, telefon: 77646322/97691578

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

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

Med vennlig hilsen Masterstudent Edith Abelsen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Åndelig omsorg i Livsgledehem», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

X å delta med individuelt intervju

X å delta i opptak av intervjusamtale

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 6 - tekstkondensering

Eksempel på tekstkondensering

| |
|---|
| Opprinnelig tekst |
| <i>«nei, kanskje ikke bestandig men stort sett så står det kanskje bare.....kristen men ikke....ja, ønsker ikke være med på...gudstjeneste, ja altså...det står ikke så veldig, veldig mye, det er ikke et felt som er veldig mye fylt ut, egentlig...nei...»</i> |
| Kondensert tekst |
| <i>«Stort sett står det bare kristen, men ønsker ikke være med på gudstjeneste. Det er et felt som ikke er veldig mye fylt ut».</i> |

| |
|--|
| Kondenserte meningsbærende enheter |
| <i>«Stort sett står det bare kristen, men ønsker ikke være med på gudstjeneste. Det er et felt som ikke er veldig mye fylt ut».</i> |
| <i>«Det er et eget felt på livshistoriekartleggingen. Det er litt varierende hvordan svar man får alt etter hvor nære pårørende er pasienten og hvor godt pasienten klarer å svare for seg når vi går igjennom».</i> |
| <i>«Noe vet man fra livshistoriekartleggingen, om deres syn på religion. Men det er ikke alle det står noe om livssyn. Så jeg vet ikke akkurat hva dem synes om det, innerst inne. Det er klart, de pårørende kan si hvordan de har vært».</i> |
| Fiktivt sitat |
| <i>«Det er et eget felt på livshistoriekartleggingen om livssyn, men det er et felt som ikke er veldig mye utfylt. Det kommer an på hvor nære de pårørende er eller hvor godt pasienten kan svare for seg. Stort sett står det bare at de er kristne. Så det er ikke alle jeg vet hva de tenker om det».</i> |
| Gullsitat |
| <i>«Noe vet man jo fra livsgledkartleggingen, ikke sant, om deres syn på religion. Men det er ikke alle det <u>står...det</u> står egentlig lite om det, ja. Så jeg må bare si det er ikke alle jeg <u>vet....</u>akkurat hva de synes om det, egentlig, innerst inne».</i> |

| |
|---|
| Analytisk tekst |
| Flere av sykepleierne forteller at punktet på livshistorie-kartleggingen som omhandler livssyn kan være lite utfylt. Pasienten er avhengig av hvor nære de pårørende er for hvor mye dette feltet fylles ut, eller det avhenger av hvor godt de klarer å svare på dette selv. Hos noen pasienter kan det stå at de er kristne, men hos mange står det ikke hvilket livssyn pasienten har. Når dette punktet er lite utfylt kan det være vanskelig for sykepleierne å hvite hvilke livssyn de har og hva de tenker om det. |

Vedlegg 7 – NSD godkjenning

Referansenummer

567974

Prosjekttittel

Åndelig omsorg i Livsgledehem

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gunn Mari Holdø, gunn-mari.holdo@uit.no, tlf: 76966169

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Edith Abelsen, eab007@post.uit.no, tlf: 48285285

Prosjektperiode

16.08.2021 - 01.12.2022

Vurdering (1)

30.07.2021 - Vurdert

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD. Vurderingen er: Det er vår vurdering at behandlingen av i prosjektet vil være i samsvar med

personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 30.7.2021. Behandlingen kan starte. Vi minner om at det ikke må fremkomme taushetsbelagte opplysninger under intervjuene.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet. Om prosjektansvarlig ikke svarer på invitasjonen innen en uke må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 1.12.2022.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). TSD er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Kontaktperson hos NSD: Lisa Lie Bjordal Lykke til med prosjektet!

bbd2cb232

