

ÅNDELIG OMSORG I SYKEPLEIE

" Hvilke erfaringer har katolske sykepleiere med å ivareta pasienters åndelige behov? "

Terezie Bogoczova

VEILEDERE

Kristine Haddeland

Gudrun Elin Rohde

Universitetet i Agder, 2022

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

FORORD

Når jeg nå kan si at jeg er ferdig med dette prosjektet sitter jeg med en følelse av stor takknemlighet. Jeg vil rette stor takk til alle sykepleierne som har deltatt i prosjektet, og som har delt sine erfaringer med meg.

En spesiell stor takk til mine to veiledere, Førsteamanuensis Kristine Haddeland og Professor Gudrun Elin Rohde, som har ledet meg med stor tålmodighet i riktig retning. Deres veiledning har gitt meg så mye! Takket være deres gode og konstruktive tilbakemeldinger og støtte underveis i prosessen, har jeg nådd målet. Takk for at dere har veiledet meg.

Det har vært krevende å skrive denne masteroppgaven. Jeg vil rette en spesiell takk til mine Klosterforesatte som gav meg mulighet til å studere og mine medsøstre som har støttet meg hele tiden. I tillegg vil jeg takke mine brødre, særlig Josef, for hans kontinuerlige oppmuntring og motivasjon hele veien. Jeg takker også alle dem som har støttet meg med bønn, det har betydd veldig mye.

Jeg er så enormt takknemlig for alle som har bidratt og hjulpet meg på veien.

Tusen takk!

Innholdsfortegnelse

FORORD.....	2
SAMMENDRAG	5
ABSTRACT	6
1.0 INNLEDNING	7
1.1 Introduksjon.....	7
1.2 Bakgrunn for valgt tema.....	7
1.3 Hensikt og problemstilling	8
2.0 TEORETISK FORANKRING	8
2.1 Søkestrategi	9
2.2 Sykepleie	10
2.3 Helse.....	10
2.3.1 Åndelig helse - Åndelighet.....	11
2.4 Åndelig omsorg	12
2.4.1 utfordringer i åndelig omsorg	12
2.4.2 Religiøs sammenheng innen åndelig omsorg	13
2.5 Pårørendes rolle i omsorg.....	13
3.0 METODE	14
3.1 Forskningsdesign.....	14
3.1.1 Kvalitativ metode	14
3.1.2 Fenomenologi - hermeneutikk.....	15
3.2 Kvalitative individuelle intervju.....	15
3.2.1 Forberedelse	15
3.2.2 Utvalg og rekruttering	16
3.2.3 Gjennomføring av intervjuene.....	17
3.3 Analyse.....	18
3.3.1 Helhetsintrykk	18
3.3.2 Meningsbærende enheter.....	19
3.3.3 Kondensering.....	19
3.3.4 Syntese.....	19
3.4 Forskningsetikk	20
3.5 Metodiske overveielser.....	21

3.5.1 Reliabilitet	22
3.5.2 Validitet	23
4.0 RESULTATER	24
4.1 Pasientens behov	25
4.1.1 Møte pasienten for å kunne skape relasjon.....	25
4.1.2 Samtalepartnere	26
4.1.3 Tro, religion – pasientens verden	28
4.1.4. Være åpen for pasientenes premisser	28
4.2 utfordringer.....	29
4.2.1 Tidstilpasning	29
4.2.2 Problemer knyttet til språk	31
4.2.3 Pasientenes mentale helse.....	32
4.3 Pårørende.....	32
4.3.1 Støttespillere og ressurs	33
4.3.2 Pårørendes egen dilemma.....	34
5.0 DISKUSJON	35
5.1 Å ivareta pasientenes behov	35
5.2 Å imøtekomme utfordringer.....	38
5.3 Å samarbeide med pårørende	41
6.0 KONKLUSJON.....	43
REFERANSELISTE	46
VEDLEGG I – Informasjonsskriv til deltakere.....	50
VEDLEGG II – Informert samtykke.....	53
VEDLEGG III – Intervjuguide.....	54
VEDLEGG IV – NSD- Godkjenning av prosjekt	56
VEDLEGG V – FEK – Godkjenning av prosjekt	59

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Den moderne sykepleie ivaretar pasientenes åndelige behov ut ifra sin kunnskap og sitt yrkesformål, som en del av kunnskapsbasert yrkesutøvelse. Katolske sykepleiere utøver sitt yrke i samsvar med yrkesretningslinjer, samtidig som de er bevisst på at det utfra deres katolske perspektiv er viktig å ivareta pasientens åndelige velbefinnende.

Hensikt og forskningsspørsmål: Hensikten med dette prosjektet er å undersøke hvilke opplevelser og erfaringer katolske sykepleiere har med å ivareta pasienters åndelige behov. Derfor er problemstilling: *Hvilke erfaringer har katolske sykepleiere med å ivareta pasienters åndelige behov?»*

Metode og utvalg: Datamaterialet ble samlet inn gjennom seks kvalitative individuelle intervjuer av katolske sykepleiere. Systematisk tekstkondensering ble brukt som analysemetode.

Resultater: Resultat for analysen ga tre hovedtemaer og ni subtemaer. Sykepleierne erfarte at møte med pasienter, relasjonsbygging, handling etter pasientenes premisser og gjenkjennelse av pasientenes behov er grunnleggende for å kunne gi åndelig omsorg. Sykepleierne opplevde utfordringene som tidspress, språkvansker, mental helse og fysisk tilstand knyttet til å ivareta pasientenes åndelige behov. Videre opplevde de behov for å involvere pårørende i pleie, også behov for å ivareta pårørende med de utfordringene pårønderolle bærer med seg.

Konklusjon: Sykepleieres hverdag med ivaretagelse av pasientenes åndelige behov er kompleks og byr på flere utfordringer. Sykepleierne jobber kunnskapsbasert og i samsvar med høy faglighet. Hvis pasienten, pårørende og planlegging settes i fokus kan sykepleiehverdagen bli mindre påvirket av utfordringer og stressende både for sykepleier, pasienter og pårørende.

Nøkkelord: åndelig omsorg, sykepleie, utfordringer, tidspress, pårørende, språk, katolsk sykepleie

ABSTRACT

Introduction: Modern nursing care of patients' spiritual needs based on their knowledge and professional purpose, as part of knowledge-based professional practice. Catholic nurses should constitute their profession in accordance with professional guidelines, at the same time they are aware that spiritual well-being is in their Catholic perspective an important part that must be taken care of.

Purpose and research issues: The purpose of this project was to examine what experiences the Catholic nurses have in caring for patients' spiritual needs. The research question is: "What experiences do Catholic nurses have in caring for patients' spiritual needs?"

Method and selection: Data have been collected by 6 qualitative individual interviews of catholic nurses. Systematic text condensation has been used to the analyze the data.

Results: The result of the analysis gave three main themes and nine sub-themes. Nurses experienced that meeting with patients, building relationships, acting on patients 'terms and recognizing patients' needs are fundamental for being able to provide spiritual care. Informants experienced the challenges such as time pressure, language difficulties, mental health and physical condition related to taking care of patients' spiritual needs. Furthermore, they experienced a need to involve relatives in care, as well as a need to take care of relatives with the challenges that the role of relatives entails.

Conclusions: Nurses' everyday lives and their task of taking care of patients' spiritual needs are complex and offer several challenges. Nursing works knowledge-based and in accordance with highly professional. If the patient, the relatives and planning of the care are put in focus, everyday nursing can be less affected by challenges and can be less stressful for all the nurse, patients and relatives.

Keywords: spiritual care, nursing, challenges, time pressure, family, language, catholic nursing

1.0 INNLEDNING

I innledningen blir bakgrunn for valgt tema, problemstilling og hensikt med masterprosjektet presentert.

1.1 Introduksjon

Det er stor spenning mellom sykepleieres ønske om å utføre sitt arbeid bedre enn godt nok og tidspress. I våre dager bygger sykepleie på kunnskapsbasert praksis. En av definisjonene for kunnskapsbasert sykepleie sier: *«Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen»* (Nortvedt & Norsk sykepleierforbund, 2007). Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleie bygge på brukerkunnskap, kompetanse og være erfarings – og forskningsbasert (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Men det finnes spørsmål knyttet til sykepleiens kjerne og grunnlag. Hva er egentlig viktigst i sykepleien? Sykepleiefaget er på mange måter komplekst, blant annet fordi det krever stor fleksibilitet i bruk av ulik kunnskap i ulike situasjoner (Nortvedt & Norsk sykepleierforbund, 2007). Det at sykepleie er kunnskapsbasert er et faktum. Men er det i denne sammenheng plass til det «det lille ekstra» som kan bety ivaretagelse av åndelige behov?

Dagens sykepleiere er eksperter i sitt fag og vil utføre sykepleie på best mulig måte. I den katolske sykepleiens perspektiv finnes det en viktig del av utøvelsen av sykepleiefaget, nemlig åndelig omsorg, det vil si «det lille ekstra» som katolske sykepleiere kan og burde gi sine pasienter, forankret i Matteusevangeliets 10,8 «Helbred de syke!» (Det Norske bibelselskap, 2011). Denne oppgaven har Kirken mottatt fra Jesus Kristus, og den forsøker å oppfylle dette både ved å pleie de syke og ved den forbønn som ledsager denne pleien (Den katolske kirkes katekisme, 2001).

1.2 Bakgrunn for valgt tema

Det finnes flere forskningsartikler om åndelig omsorg og om erfaringer som sykepleiere har knyttet til ivaretagelse av åndelige behov (Bowers & Rieg, 2014; Cobb, 2004; Ebenau et al., 2020; Kroning & Yoon, 2017). Det internasjonale sykepleierrådet, International Council of Nurses (ICN), sine etiske regler for sykepleiere trekker opp normene for etisk forsvarlig holdning og handling. De sier følgende: *«Sykepleieren skal i sitt arbeid søke å skape et miljø der menneskerettighetene og*

enkeltmenneskets, familiens og samfunnets verdier, skikker og tro respekteres» (Norsk sykepleierforbund, 2011). Åndelig omsorg kan oppsummeres som å bry seg om hele personen, være til stede, følge med og kunne lytte (Giske & Cone, 2019; Rykkje, 2016). Åndelig omsorg som innebærer begreper som verdighet, integritet, håp, mestring og livsmot er en uløselig del av helhetlig sykepleietjeneste (Giske & Cone, 2019). Jeg kunne ha valgt å intervju alle sykepleiere, men jeg valgte å avgrense mitt arbeid til katolske sykepleiere, nettopp fordi sykepleiere i den Katolske Kirke er forpliktet til å gi åndelig omsorg på en mer bevisst og målrettet måte.

Sykepleie er fra sitt utspring rettet mot mennesker. Helt fra Florence Nightingale og frem til dagens sykepleie er menneskets ve og vel målet og fylden av sykepleiens oppdrag (Fause & Micaelsen, 2002). Jeg er katolsk sykepleier, og i tillegg til høy kunnskapsbasert pleie i min yrkesutøvelse er jeg også opptatt av å ivareta pasientenes åndelige behov.

En viktig motivasjon for meg da jeg valgte å forske på dette området, var at jeg selv ser på det åndelige perspektivet som svært viktig i utøvelsen av sykepleie. Er pasienten troende eller ikke troende? Tilhører pasienten et trossamfunn, eller ikke? Slike spørsmål blir stillet ved ankomst til institusjon, men fra egen erfaring ser jeg at i mange tilfeller blir disse spørsmålene dessverre de eneste spørsmål om åndelige behov som pasientene får høre.

1.3 Hensikt og problemstilling

Med dette prosjektet vil jeg undersøke hvilke opplevelser og erfaringer katolske sykepleiere har med å ivareta pasienters åndelige behov. Opplever de at pasientene trenger det åndelige? Er det lett å tilby? Hva betyr det egentlig for dem å ivareta pasientenes åndelige ve og vel? Hva innebærer begrepet åndelig omsorg for dem?

Alle disse spørsmålene skulle hjelpe meg til å svare på problemstillingen:

"Hvilke erfaringer har katolske sykepleiere med å ivareta pasienters åndelige behov?"

2.0 TEORETISK FORANKRING

Den teoretiske referanserammen er de brillene vi har på når vi leser vårt materiale og identifiserer våre mønstre. På denne måten er teori en integrert del av vår forskningsmetode som hjelper oss å forstå de empiriske funnene i en større sammenheng (Malterud, 2017).

De teoretiske rammene for åndelighet i sykepleieomsorgen er store. Ny kunnskapsbasert sykepleie innebærer et komplekst syn på mennesket og dets behov. Sykepleier skal se pasienten som et helt menneske, der i forskjellige situasjoner krever forskjellige perspektiver på pasienten (Brinchmann, 2008). I dette kapittelet gjør jeg rede for teori som er relevant for mitt prosjekt. Jeg presenterer søkestrategi, og begreper slik som sykepleie, helse og åndelig omsorg. Til slutt er det et eget avsnitt om pårørende og deres rolle i omsorgen som er relevant for prosjektet.

2.1 Søkestrategi

For å finne tidligere forskning knyttet til mitt tema og min problemstilling ble det foretatt litteratursøk i databasene CINAHL og MEDLINE, via databaseverten EBSCOhost.

Søket gav flere tusen treff med tematikk innen åndelig omsorg (spiritual care). Ved å innsnevre og spesifisere søk hadde jeg visse funn:

- Cinhahl -
 1. nursing care + spiritual care - 1205
 2. nursing care + spiritual + experiences – 255
 3. spiritual care + nursing + experiences + catholic – 0
 4. spiritual care + nursing + experiences + christian - 11

- Medline -
 1. nursing care + spiritual – 738
 2. nursing care + spiritual + experiences – 180
 3. spiritual care + nursing + experiences + catholic – 4
 4. spiritual care + nursing + experiences + christian – 14

Resultatene ble transportert til Endnote. Her ble duplikatartikler fjernet, og jeg satt igjen med 24 artikler. Artiklene ble screenet ved at titler og abstrakter ble lest. Så til slutt stod jeg igjen med 15 relevante artikler som jeg har valgt å ta med i oppgaven. Jeg har også valgt å inkludere resultater fra artikler funnet ved enkeltsøk eller snøballmetoden i oppgavens teoridel. Snøballmetoden vil si at jeg brukte en kilde for å finne en annen. I mitt tilfelle tok jeg med meg også de artikler som jeg ikke søkte på, men som var nevnt i annen forskning eller artikler, og som var relevant i forhold til

min problemstilling. Jeg valgte å bruke i teori delen også artikler som var knyttet til resultater og funn.

2.2 Sykepleie

Av deg selv og din menneskelighet, deg selv og din kompetanse, deg selv og din innsats i din organisasjon er avhengig det som skjer i helsetjenesten (Bjørndal, Flottorp, Klovning & Bjørndal, 2021). For utvikling av sykepleiefaget er utdanning, forskning og autorisasjon de viktige faktorer, likevel er det møtet mellom sykepleier og pasient som spiller en vesentlig rolle og definerer sykepleiekvalitet (Kristoffersen, 2016). Sykepleie bygger på respekt for menneskerettighetene, på barmhjertighet og omsorg. Den bygger videre på kulturelle rettigheter, rett til liv og valgfrihet, til verdighet og til å bli behandlet med respekt (Kristoffersen, 2016; Norsk sykepleierforbund, 2011). Mennesker som lever i et moderne sekulært samfunn er det ikke lett å se en sammenheng mellom medisin og religion og videre med vitenskapelig medisin (M. Cobb, Puchalski & Rumbold, 2012).

I sykepleielitteraturen blir åndelig omsorg og det åndelige forstått slik at det omfatter hele mennesket og kan være vanskelig å gripe. Samtidig er det åndelige til stede i alt (Giske & Cone, 2019). Ved også å ivareta åndelige behov tar sykepleier seg av hele mennesket gjennom å lytte, være oppmerksom og ivareta det praktiske. Forskning bekrefter at åndelig omsorg i slik forståelse lindrer lidelser til pasientene og øker deres opplevelse av velvære og mening (Giske & Cone, 2019). Åndelig omsorg som innebærer mer en religions aspekt er også uløselig knyttet til sykepleieyrke og en av dets oppgaver (Rykkje, 2016).

2.3 Helse

Verdens helseorganisasjon, World Health Organization (WHO), sin helsedefinisjon fra 1946 lyder som følger: «*Ved helse må forstås at et menneske ikke bare er fri fra sykdom og svakhet, men at det nyter fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære*» (Natvig, 2004). Selv om denne definisjonen har blitt oppfattet som utopisk, tåpelig og naiv (Mæland, 2009), har definisjonen betydd mye for å bevare det humanistiske aspektet ved medisinen ved å understreke helsens subjektive dimensjon og fremheve menneskets sosiale væren (Mæland, 2009).

I sykepleiesammenheng har flere arbeidet med helse begrepet. En av de viktigste blant dem var Katie Eriksson (Eriksson, 1989). Hennes definisjon er slik: «*Hälsa är ett integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande [men inte nödvändigtvis frånvaro av sjukdom]*» (Eriksson, 1989, s. 29).

En av Norges offentlige utredninger som ble publisert allerede i 1992, men som er ikke mindre aktuelt i dag, fremlegger tre aspekter av begrepet «helse»: kroppen, med alle dens samvirkende organer og funksjoner, sinnet, med dets intellektuelle [kognitive] og følelsesmessige funksjoner, og det sosiale liv med det nære sosiale nettverket og de litt fjernere sosiale relasjoner og funksjoner (NOU, 1992, s. 93).

Begrepet helse er på en paradoksalt måte både umiddelbart forståelig og samtidig nærmest ubegripelig. Helse forstås ikke bare på én måte, men på flere og til dels komplementære måter. Fravær av sykdom, velvære, styrke, energi og funksjon går igjen som beskrivende termer. Helsen har kroppslige, psykiske og sosiale aspekter. Helhet og balanse fremheves som sentrale trekk (Mæland, 2009). Med tanke på formålet med mitt arbeid vil jeg nærmere presentere begrepet «åndelig helse».

2.3.1 Åndelig helse - Åndelighet

Åndelighet kan beskrives på ulike måter og med ulike begreper (Moene Kuven & Bjorvatn, 2015). I den åndelige, religiøse og eksistensielle sammenheng innebærer helsebegrepet elementer som kontakt med sitt indre jeg, kontakt med Gud, tro, opplevelse av at livet har mening, opplevelse av å ha integritet og verdighet, den innebærer alle aspekter av livet (Mæland, 2009). Ueland (2013) sammenfatter åndelighet som en indre kraft i mennesket som søker etter mening og hensikt med livet, både i livet selv, lidelsen og døden. Åndelige og eksistensielle behov kan slik være knyttet til en religiøs tro, men det behøver ikke være en slik tilknytning (Moene Kuven & Bjorvatn, 2015). Åndelig velvære har vist seg å ha særlig betydning blant aldrende mennesker (Haugan & Rannestad, 2014; Knestrück & Lohri-Posey, 2005). Håp, mening og self-transcendence er sentrale aspekt ved den åndelige dimensjonen (Haugan & Rannestad, 2014). Reed (2008) definerer self-transcendence som «*et kjennetegn på utviklingsmodenhet i form av en økt bevissthet om miljøet og en orientering mot utvidede perspektiver om livet*» (Haugan & Rannestad, 2014, s. 64; Reed, 2008, s. 107).

Ånden og det åndelige har en dobbel karakter. Ånden omfatter føringen av menneskets tilværelse, eller forholdet til seg selv og egen tilværelse, som med rette kan knyttes til fornuft og tenkning. Ånden omfatter også den livsutfoldelse som er drevet frem av livskraften eller livstrangen. Det vil si av de spontane energier (Steenfeldt, Viftrup & Hvidt, 2019).

2.4 Åndelig omsorg

For et individs generelle helse og velvære er åndelig omsorg viktig (Norsk sykepleierforbund, 2011). Global migrasjon gjorde åndelighet og religion til et tema i sykepleie som skaper utfordringer i praksis. Pasienter fra forskjellige land med ulike kulturer, forventer at sykepleiere er forberedt på og i stand til å ivareta deres behov. Derfor bør sykepleiere være følsomme for pasientenes verdier og tro slik at de kan identifisere deres åndelige nød og behov, og gi åndelig omsorg med respekt for pasientenes tro. Åndelig omsorg spiller dermed en viktig rolle i sykepleie (Mojtaba Ghorbani, 2020). Sykepleiere skal være eksperter ikke bare innenfor faget sitt, men også i den åndelige omsorgen, når de møter mennesker fra forskjellige kulturer og med forskjellige bakgrunn.

2.4.1 Utfordringer i åndelig omsorg

Åndelig omsorg er en integrert del av sykepleierens ansvarsområde, men forskning viser at helsepersonell ofte opplever dette som svært utfordrende (Giske & Cone, 2019). De åndelige utfordringene angår alle, men varierer fra pasient til pasient og med sykdommens ulike stadier. Mye tyder på at åndelige behov ikke blir møtt godt nok innenfor store deler av dagens norske helsevesen (Helsedirektoratet, 2013).

Landets universiteter og høyskoler har en forpliktelse til å undervise og ruste studenter til å møte pasientens åndelige behov. I praksis bør dette temaet være en del av den daglige rapporten på lik linje med fysiske, psykiske og sosiale behov. På den måten blir pasientens åndelige behov ikke en privat praksis for den enkelte helsearbeider, men derimot en del av helsepersonells profesjonelle omsorg (Moene Kuven & Bjorvatn, 2015).

Forskning viser at åndelig omsorg blir en utfordring i praksis (Bowers & Rieg, 2014; Kvåle, 2006; Rykkje, 2016). Både helsepersonell og pasienter opplever at åndelig omsorg vekker spørsmål og

ettertanke om hvordan og på hvilken måte dette området skal håndteres. Forskeres erfaringer fra helsevesenet kan tyde på at åndelig omsorg har trange vilkår i møte med pasientene. Årsaken er ikke bare mangel på tid og rom for samtaler om det åndelige, men kanskje like mye fordi helsepersonell ikke klarer å fange begrepets betydning (Moene Kuven & Bjorvatn, 2015).

2.4.2 Religiøs sammenheng innen åndelig omsorg

I en religiøs eller eksistensiell sammenheng fylles helsebegrepet ofte med elementer som går ut over velvære, funksjon og biomedisinsk status. Her finnes mange ulike, men likevel beslektede forslag til hva helse også må innbefatte, nærmere bestemt kontakt med sitt indre jeg, kontakt med Gud, tro, opplevelse av at livet har mening, evne til å tåle smerte og motgang og opplevelse av å ha integritet og verdighet (Mæland, 2009). Ifølge den finske professor Kathie Eriksson (1989) er helse en del av det menneskelige livet. Hun skriver videre at helsen har ingen mening hvis livet selv ikke har det (Eriksson, 1989; Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005).

I den kristne og spesifikt i den katolske forståelse av åndelig omsorg trekkes begrepet barmhjertighet frem. Det å gi åndelig omsorg er et uttrykk for barmhjertigheten overfor pasientens åndelige behov (Steenfeldt et al., 2019).

2.5 Pårørendes rolle i omsorg

I pasient – og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b defineres begrepet pårørende (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Pasienten selv definerer de pårørende som har rettigheter og plikter etter helselovgivningen. Dette betyr at pasienten bestemmer hvem som er pårørende. Det kan for eksempel være ektefelle, søsken, foreldre, men også andre personer som står pasienten nær. (Helsedirektoratet, 2021). Helsemyndighetene i Norge sørger for at pårørende blir involvert i helse- og omsorgstjenesten og ved behov får nødvendig støtte, avlastning, opplæring og veiledning (Helsedirektoratet, 2017). Sykepleiere skal samarbeidet med pårørende som en viktig kilde til informasjon knyttet til pasientenes behov og ønsker. De kjenner pasienten fra tiden før innleggelse, og den informasjonen er til viktig hjelp for sykepleierne i møte med pasienten og deres behov (Rognstad, Sagbakken & Nåden, 2015a). Samarbeid med pårørende er uløselig knyttet til sykepleierarbeid. Sykepleierrolle innebærer i et hvis grad overtagelse av pårørendesoppgaver når pasienten innlegges til institusjon (Regjeringen, 2020).

Pårørendeveileder (2017) sier at: «*Helsepersonell bør løpende vurdere pårørendes behov for støtte og være oppmerksom på pårørende som er i en særlig utsatt situasjon og/eller har individuelle forutsetninger som krever en ekstra aktiv og oppsøkende tilnærming fra helse- og omsorgstjenesten*». Pårørende er på denne måten en ressurs for sykepleierne, samtidig som de skal ivaretas når de har behov for det (Helsedirektoratet, 2017).

3.0 METODE

I dette kapittelet redegjøres det for metode, og det er delt inn i valg av metode, gjennomføring, analyse og etiske overveielser.

3.1 Forskningsdesign

Avgjørende for valg av tilnærming eller konkret metode er problemstillingen – hva slags spørsmål er det prosjektet skal belyse eller besvare (Malterud, 2017).

3.1.1 Kvalitativ metode

De kvalitative metoder kan bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017). I mitt arbeid ville jeg finne ut opplevelser og erfaringer som katolske sykepleiere har når de ivaretar pasientenes åndelige behov, derfor valgte jeg kvalitativ metode. For å kunne belyse informantenes opplevelser valgte jeg å gjennomføre individuelle intervju. Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side, og vil benytte møte mellom intervjupersonen og forskeren for å få frem betydningen av informantens erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015; Widerberg & Bolstad, 2001). I forskningsintervjuer snakker vi med folk fordi vi vil vite hvordan de beskriver opplevelsene sine, eller artikulerer handlingsvalgene sine (Kvale et al., 2015).

Forskning som belyser åndelig omsorg i sykepleie ut ifra sykepleiernes egen erfaring er stor, den belyser sykepleieres erfaringer knyttet til deres rolle, arbeidssted, pasientgruppe (Elliott, Wattis, Chirema & Brooks, 2020; Hoek et al., 2021; Kroning & Yoon, 2017). Det finnes forskning som

belyser åndelig omsorg sett fra pasientens side (Ebenau et al., 2020; Elliott et al., 2020), og ut ifra pårørendes erfaringer (Hanssen & Sommerseth, 2015; Thacker & Long, 2010). Det er forskning knyttet til opplevelser som kristne sykepleiere har (DeWitt-Weaver, 2001). I mitt prosjekt ville jeg belyse erfaringer med åndelig omsorg blant de katolske sykepleiere. Derfor ville jeg bruke kvalitativ metode som er godt egnet for forskning som vil sette nye spørsmål på dagsorden (Malterud, 2017).

3.1.2 Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming

Fenomenologien ble grunnlagt som filosofi av Edmund Husserl rundt år 1900 (Kvale et al., 2015), og ble videreutviklet av Martin Heidegger og av Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponty. En fenomenologisk tilnærming i generell ikke-filosofisk forstand har vært utbredt i kvalitativ forskning (Kvale et al., 2015). Hvis vi snakker om kvalitativ forskning, blir fenomenologi presentert som begrep som innebærer opplevelsene informantene beskriver i forhold til et konkret fenomen. I min forskning presenteres katolske sykepleieres erfaring med åndelig omsorg og deres forståelse av fenomener og opplevelser knyttet til dette. Heidegger mente at levd erfaring er en selvstendig fortolkningsprosess, at hermeneutikk (forståelse) er en grunnleggende egenskap for menneskelig eksistens (Polit & Beck, 2018). Den hermeneutiske erkjennelsestradisjonen handler om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk som utgangspunkt for forståelse. (...) I tolkning av tekst legger hermeneutikken spesielt vekt på forholdet mellom deler og helhet («den hermeneutiske sirkel») og på betydningen av kontekst og selvrefleksjon (Malterud, 2017).

3.2 Kvalitative individuelle intervju

For forsker blir individuelt intervju et forskningsinstrument som skal oppfordre informantene til å beskrive sine opplevelser og følelser (Kvale et al., 2015). Forsker kan få kunnskap ved å invitere informanten til å dele sine erfaringer (Malterud, 2017).

3.2.1 Forberedelse

Jeg valgte et tema som skulle belyse opplevelser knytte til åndelig omsorg. For å kunne belyse tema på best mulig måte, lagde jeg intervjuguiden på forhånd (se vedlegg 3). Intervjuguiden

inneholder spørsmål og andre relevante informasjonen ble gitt ved starten av intervjuet. Relevante informasjonen innebærer presentasjon av intervjuede, informasjon om hensikten med prosjektet og informasjonen knyttet til personopplysninger, anonymitet og taushetsplikt, men også planlagt lengde og bruk av lydopptak og håndtering av data som innhentes. Intervjuguiden var for meg også et viktig redskap for meg både ved forberedelser til intervjuene og ved gjennomføring av samtale. Punktene i intervjuguiden hjalp meg å holde tråden og fokuset ved gjennomføring av intervjuene og var slik et viktig instrument for mitt forskningsarbeid.

3.2.2 Utvalg og rekruttering

For å kunne belyse problemstillingen på best mulig måte, brukte jeg strategisk utvalg og gjennomførte intervju med sykepleiere som har katolsk bakgrunn og i sitt arbeid møter pasienter (se tabell 1).

Tabell 1. Oversikt over inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inkluderings kriterier	Ekskluderings kriterier
Katolske sykepleiere	Sykepleiere med ikke-katolsk bakgrunn
Møter pasienten i sitt arbeid	Pensjonister, ansatt i lederfunksjoner uten kontakt med pasienten
	Personlig kjente personer (venner)

Informantene ble identifisert og kontaktet gjennom personer jeg kjenner i katolske miljøer. Blant dem spurte jeg etter sykepleiere som er katolikker og kunne tenke seg å delta i prosjektet. Gjennom disse menneskene fikk jeg kontakt med fremtidige informanter som jeg i neste omgang personlig informerte om mitt prosjekt, samt avtalte tid og sted for intervjugjennomføring. Alle dem som var interessert, sendte jeg informasjonsskriv og samtykkeerklæring (se vedlegg 1 og 2). Jeg avtalte og

gjennomførte intervjuer med seks deltakere (se tabell 2). Selv om det var ikke en av kriteriet og jeg tenkte ikke på dette på forhånd, de fleste av informantene var ikke etnisk norske.

Tabell 2. Oversikt over deltakere

DELTAKERE				
	KJØNN	ALDER	ARBEIDSSTED	
1	Kvinne	40	Langtidsavdeling sykehjem	Ikke oppgitt
2	Kvinne	42	Eldreomsorg	16 år
3	Kvinne	51	Eldreomsorg	20 år
4	Kvinne	47	Sykehus (akutt medisin) eldreomsorg	flere år
5	Kvinne	68	Hjemmetjenesten, sykehus	flere år
6	kvinne	Ikke oppgitt	Sykehjem - nattstilling	flere år

3.2.3 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført etter at skriftlige samtykker var blitt innhentet. På grunn av Covid-19-pandemien ble perioden med gjennomføring av intervjuene ganske lang (25.3. - 14.9. 2021). De som var interessert har jeg kontaktet personlig for å informere nærmere om prosjektet.

Tid og sted ble avtalt med den enkelte deltaker. På grunn av restriksjoner valgte jeg å gjennomføre intervjuer i lokaler som var tilpasset restriksjoner i pandemien. Det var for eksempel menighetslokale, samtalerom på et eldre hjem og konferanserom i et av våre klostre. Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker. Det var veldig varierende tid for intervjuene, det korteste varte ca. 15 minutter og det lengste varte ca. 45 minutter.

Det var en del utfordringer knyttet til gjennomføring av intervju, som for eksempel: sted for å gjennomføre intervjuene, som skulle være i samsvar med restriksjoner som pandemien tilbrakte. Jeg opplevde at det var vanskelig å snakke med munnbind.

3.3 Analyse

For å få materialet bedre egnet til analyse og samtidig bedre oversikt over datamaterialet, har jeg transkribert intervjuene fra muntlig til skriftlig (Kvale et al., 2015).

Gjennomføring og transkribering av kvalitative forskningsintervjuer var meget ressurskrevende (Malterud, 2017). Jeg valgte å transkribere lyd materialet selv for å kunne bli enda bedre kjent med intervjuenes innhold. Jeg ser på transkribering som en viktig del av analyseprosessen, og allerede ved dette arbeidet innhentet jeg de første helhetsinntrykkene.

Selve transkriberingen innebar en del tekniske problemstillinger. Den største utfordringen var støy i noen av lydopptaker som gjorde det vanskeligere å høre, og å forstå enkelte ord eller setninger. Dette krevde ekstra konsentrasjon og tid brukt på transkribering.

Som veiledning for analyseprosessen brukte jeg Malteruds systematiske tekstkondensering (2017). Metoden er utviklet med sikte på å gi nybegynnere en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte (Malterud, 2017).

Malterud deler analysen inn i fire analysetrinn:

1. Helhetsinntrykk 2. Meningbærende enheter 3. Kondensering 4. Syntese (Malterud, 2017).

3.3.1 Helhetsinntrykk

Malterud skriver at «*Lesing av materialet skal gi oss nye inntrykk og ideer*» (Malterud, 2017, s. 100).

I denne delen av analysen skal man bli mer kjent med det materialet man har. For å få et helhetsinntrykk, skal man lese gjennom all tekst. Ved lesing av tekst materialet har jeg prøvd å legge til side all tidligere egenkunnskap om tema, inkludert det jeg har lest av teori. Dette gjorde jeg for å kunne være åpen for det som materialet inneholdt, og for hva informantene hadde å formidle til meg. Jeg leste tekst materialet flere ganger, og etter hvert begynte teksten intuitivt å dele seg i foreløpige temaer (Malterud, 2017). Først etter å ha lest alt, oppsummerte jeg mine inntrykk og valgte foreløpige temaer som jeg skulle arbeide videre med: møte, språk, tid, psykisk helse (tilstand) og pårørende.

3.3.2 Meningsbærende enheter

I det andre analysetrinnet begynte jeg å organisere datamateriale videre. Slik som Malterud (2017) sier, startet jeg med en gjennomgang av materialet linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter. Gjennom en grundig og systematisk gjennomgåing av tekst skilte jeg relevant tekst og forkastet det som var irrelevant (Malterud, 2017). Jeg leste tekstmaterialet og valgte frem teksten som var relevant for temaer jeg hadde i første analysetrinn. Disse kategoriserte jeg videre i koder. I slutten av andre analysetrinnet hadde jeg samlet meningsbærende enhetene til tre hovedkoder: utfordringer, pårørende og pasientenes behov. I løpet av videre arbeid har jeg reformulert og justert noen av kodegrupper.

3.3.3 Kondensering

I analysens tredje trinn skal den sorterte informasjonen som ble etablert i andre analysetrinn abstraheres (Malterud, 2017). Jeg har lagt til side alt materialet som ikke var relevant. På dette stadiet av arbeid hadde jeg meningsbærende enheter fordelt i tre kodegrupper. Slik som Malterud anbefaler (2017), startet jeg med en av kodegruppene og sorterte materialet til subgrupper. Jeg kondenserte innholdet i hver av subgruppene innen hver kodegruppe som jeg videre brukte i fjerde analysetrinn. Ved systematisk å gjennomgå hele datamaterialet spurte jeg meg om hva tekstene jeg jobbet med, kunne fortelle om min problemstilling.

3.3.4 Syntese

I analysens fjerde trinn skal bitene settes sammen igjen (Malterud, 2017). Det skal sammenfatte det vi har funnet i form av fortolkete synteser som grunnlag for nye beskrivelser og begreper som kan deles med andre (Malterud, 2017). Jeg plasserte enkelte subgrupper i egne avsnitt og gjenfortalte funnene. For å illustrere nyanser i den analytiske teksten, valgte jeg å bruke sitater. Ved slutten av denne analysedelen hadde jeg tre hovedkategorier med ni subkategorier.

3.4 Forskningsetikk

Etiske problemstillinger preger hele forløpet i en intervjuundersøkelse, og man bør ta hensyn til mulige etiske problemer helt fra begynnelsen av undersøkelsen til den endelige rapporten foreligger (Kvale et al., 2015).

Prosjektet ble godkjent hos NSD – Norsk senter for forskningsdata AS (se vedlegg 4) og Fakultetets etiske komite – FEK (Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitet i Agder) (se vedlegg 5).

Et informasjonsskriv utarbeidet i forveien inneholder presentasjon av formål og annen relevant informasjon knyttet til prosjektet (se vedlegg 1). Skrivet inneholder informasjon om hva det innebærer å delta, informantens rettigheter, informasjon om personvern knyttet til oppbevaring og håndtering av personopplysninger, og kontakt til personer og steder hvor mer informasjon kan innhentes. Til informasjonsskrivet ble det lagt ved en samtykkeerklæring. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring ble sendt til informanter i god tid før intervju, med tanke på mulige spørsmål informantene måtte ha. Informasjon om personopplysninger, anonymitet og taushetsplikt ble i forkant av selve intervjuet på nytt presentert muntlig for deltaker før informert samtykke/samtykkeerklæring ble underskrevet. Dette ble gjort for bedre å kunne avdekke mulige misforståelser, samt skape et trygt rom for samtale og for å kunne svare på eventuelle spørsmål.

Intervjuene ble tatt opp ved hjelp av lydopptaker. Denne har blitt oppbevart i et låst skap gjennom arbeidet med oppgaven. Signerte samtykkeerklæringer som innebærer deltakerens navn og kontaktinformasjon ble også oppbevart innelåst, og jeg er den eneste som har hatt tilgang. Disse skal makuleres når prosjektet er levert og vurdert. Innsamlede data som ble anonymisert ved transkribering, er passord beskyttet og skal slettes sammen med lydopptakene når masteroppgaven er levert og vurdert.

Et viktig aspekt ved forskningsetikken er konfidensialitet i behandling av personopplysninger. Dette er viktig for at forsøkspersonene skal føle seg trygge på at det de formidler, ikke kommer ut til uvedkommende (Brinchmann, 2008). Fordi det katolske miljøet i Norge er lite, og det katolske sykepleiemiljøet er enda tettere, har jeg valgt å bruke minst mulig informasjon som kan føre til at enkelte informanter kan gjenkjennes. På disse premisser var innledende spørsmål begrenset til

alder, kjønn, arbeidssted og arbeidserfaring (tid i yrke). Dette ble gjort for at det ikke skulle være mulig for tredjepart å gjenkjenne deltakerens identitet. I løpet av arbeid visste det seg at informantenes etnisitet kan påvirke prosjektets funn. Med tanke på forskningsetikk og konfidensialitet valgte jeg å ikke oppgi hvilke land informantene kommer fra i tabellen med informanter (se tabell 2). Jeg vurderte å bruke i tabellen begrepet etnisk norsk – etnisk ikke norsk. Dette kunne også bli opplevd som stigmatiserende, derfor valgte jeg å ikke oppgi etnisitet. Imidlertid ble det gjort funn i forhold til dette som synliggjøres senere i kapittelet.

«Forskerens rolle som person, forskerens integritet, er avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskap og de etiske beslutninger som treffes i kvalitativ forskning» (Kvale et al., 2015, s. 108). Uansett hvilken forskningsmetode vi bruker eller hva slags forskningsprosjekt vi skal gjennomføre, vil forskerens person påvirke forskningsprosessen og resultatene av denne (Malterud, 2017). Forforståelsen er all den erfaring som vi bringer med seg til prosjektet. Og den kan påvirke oss gjennom arbeidet. Som sykepleier gjennom 21 år har jeg erfaring med ivaretagelse av åndelig omsorg. Som katolsk nonne ser jeg på den åndelige omsorg som en viktig del av sykepleien og samtidig ut ifra min religion som en nødvendig del av pleien. Jeg har aldri skrevet masteroppgave før og har imidlertid ingen erfaring med å gjennomføre et forskningsintervju. Hensikten med intervjuene var å få frem den intervjuedes erfaringer. Med tanke på å unngå egne antakelser og hypoteser var jeg gjennom hele prosjektet bevisst min forforståelse og villig til å utfordre denne. Som forskeren måtte jeg arbeidet aktivt for å ikke begynne å spørre ut fra mine meninger og tanker, men lytte til mine informanter. Refleksjoner jeg laget i prosjektets forløp, ved lesing av artikler, ved innhenting av intervjuene og ved analyseprosessen, hadde hjulpet meg til å ikke utgå fra egne erfaringer, men fra funn og empirisk materiale jeg satt med.

3.5 Metodiske overveielser

For å oppnå i studien samfunnsmessig og forskningsmessig relevans må kunnskapen som konstitueres være gyldig, troverdig, overførbar og forkningsprosessen må være transparent (Kvale et al., 2015). Mitt valg av kvalitativ metode har både styrker og svakheter. Alle valg som jeg har tatt under gjennomføringen av prosjektet, har betydning for prosjektet troverdighet.

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for validitet og reliabilitet.

3.5.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet ofte er også knyttet til spørsmålet om andre forskere kan reprodusere resultat (Kvale et al., 2015). For å kunne vurdere reliabiliteten er det nødvendig å synliggjøre hele prosessen. For å styrke prosjektenes pålitelighet har jeg i løpet av oppgaven forsøkt å beskrive nøye metodeprosess, litteratursøk og hele prosjektets forløp fra valg av tema til presentasjon av funn (Malterud, 2017). I mitt prosjekt er informantenes gruppe avgrenset til katolske sykepleierens erfaringer.

Valg av individuell kvalitative intervju anses derfor som en riktig metode valg. Malterud (2017) sier at utvalget må bli satt slik sammen at den inneholder tilstrekkelig rikt materialet om det man ønsker å si noe ved gjennomført studien. Jeg intervjuet seks personer med stor kunnskap om sin yrke og relevant tema. Fordi det finnes begrenset antall av sykepleiere med bakgrunn som var relevant for prosjektet, vurderes det å få intervju seks sykepleiere som et tilfredsstillende tall. Ifølge metodebøker kan mindre antall informanter anses som positivt fordi større utvalg kunne være uoverkommelig, og kunne gi overfladisk analyse (Malterud, 2017). Utvalget begrenset til sykepleiere med katolsk bakgrunn kan anses å ikke være representativt for alle sykepleiere, men bære med seg kunnskap som kan være mulig for bruk i videre sykepleieforskning.

Ved intervjuene brukte jeg intervjuguiden som ble utarbeidet i samsvar med problemstillingen og andre forskere kunne velge andre spørsmål. Under intervjuene har jeg heller ikke fulgt intervjuguiden akkurat og nøyaktig. Intervjuguiden var et viktig instrument i gjennomføring av intervjuene. Intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt og gav meg i tillegg til svar en berikende mulighet til å få med meg også de non- verbale reaksjonene. I tillegg til det som sykepleiere snakket om, kunne jeg observere deres kroppsspråk og deres reaksjoner. Gjennom ansiktsuttrykk kunne jeg se deres engasjement i tema og deres følelser knyttet til det de sa og opplevde. Etter hvert intervju laget jeg en lite notat, et form for intervjulogg, for å beholde inntrykket fra intervjuet i den videre analysen. Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker for at ingen av dataene skulle gå tapt. Jeg transkriberte intervjuene selv og dette synes jeg var en viktig del av analyseprosessen og hjelp til å bli kjent med datamaterialet. Alle delene av analysen har jeg trinnvis omtalt i tidligere kapitler. Jeg har ikke erfaring med å jobbe med slikt prosjekt, og jeg arbeidet med analyse alene. Dette kan være en svakhet i analysearbeidet. Jeg ser derimot, at en styrke var at mine veiledere fulgte mitt arbeid og prosjektet tett og jeg fikk hjelp av mine veiledere underveis i analysearbeidet. Jeg kunne

diskutere og rådføre meg med mine veiledere mine funn og alle deler av prosjektet. De var veivisere ved mine usikkerheter og råddet meg til at jeg kritisk reflekterte forløp i arbeid.

Studier og artikler jeg brukte i mitt prosjekt var fagfellevurdert. Jeg sjekket publiseringskanaler jeg brukte i Register over vitenskapelige publiseringskanaler som finnes i NSD sine nettsider for å se om de regnes som vitenskapelige.

3.5.2 Validitet

Validitet svarer på spørsmål om hvorvidt en metode undersøker det den skal undersøke. Validitet omhandler hele forskningsprosessen, fra tematisering gjennom planlegging, intervjuing og transkribering videre i analysering og rapportering (Kvale et al., 2015; Malterud, 2017). Tillit til dataene, deres tolkning og oppnåelse av sanne resultater danner en intern validitet (Malterud, 2017; Polit & Beck, 2018).

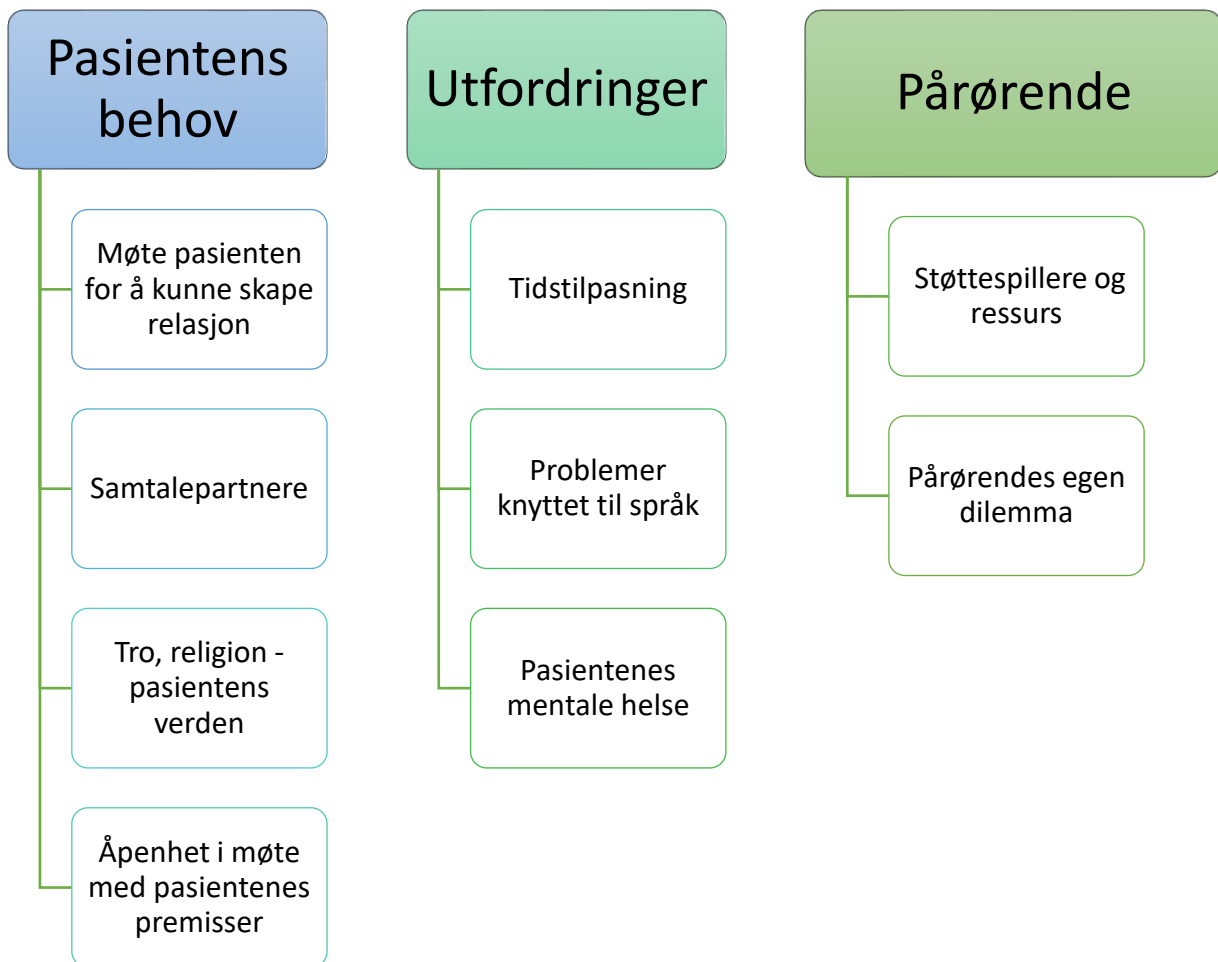
Jeg har ikke utarbeidet kvalitativ studie tidligere, derfor kan studie være påvirket av dette. Jeg ville være mest mulig transparent og beskrev alt jeg gjorde. For å få en dypere kunnskap om sykepleierens erfaringer og opplevelser brukte jeg kvalitativ metode (Malterud, 2017). Jeg benyttet intervju som metode, for å få frem kunnskapen om tema og besvare problemstillingen.

Valg av problemstilling ble motivert av min sykepleieryrke og interessen til åndelig omsorg i sykepleien. Min forforståelse i form av min yrkes bakgrunn, egne erfaringer og faglig perspektiv dannet grunnlag til at jeg ønsket å forske på bestemt tematikk - sykepleiergruppe (Malterud, 2017). For validiteten i mitt prosjekt var det viktig at alle informanter hadde samme katolske bakgrunn og arbeidet som sykepleiere i Norge. Begrensning kan være at det var en gruppe som representerer et konkret miljø. Flere funn derimot kunne identifiseres som generelle og kan nok overføres til alle sykepleieres hverdag.

Ved lytting av intervjuene tenkte jeg over en del ting som kunne ha påvirket mine resultater. Om jeg og min forforståelse ikke har påvirket informanter ved selve intervjuene ved å stille ledende spørsmål. Erfaring jeg hadde gjort ved videre arbeid sier meg at slik påvirkning var lite sannsynlig, fordi jeg hadde foran med intervjuguiden med på forhånd laget spørsmål. Disse spørsmålene stilte jeg gjennom hele arbeid med prosjektet for å være sikker at jeg svarer på det jeg skal svare (Kvale et al., 2015).

4.0 RESULTATER

Erfaringene med å ivareta pasienters åndelige behov som informantene beskrev, er presentert i tre hovedfunn med ni subkategorier (se figur 1). Informanter erfarte viktigheten av å møte pasienter, skape relasjon, handle etter pasientenes premisser og gjenkjenne deres behov som grunnleggende for å kunne gi omsorg. Sykepleiere erfarte utfordringene med å ivareta pasientenes åndelige behov knyttet til tid, språk mental helse og fysisk tilstand. Videre opplevde informanter behov for å involvere pårørende i pleie, samtidig som de så behov for ivaretagelse av pårørende med de utfordringene pårønderolle bærer med seg. Hovedfunn er knyttet til hverandre og viser at den ene kategorien kan påvirke den andre. For å kunne illustrere i informantenes nyanser, erfaringer og opplevelser, valgte jeg å bruke sitater.



Figur 1. Oversikt over studiens hovedkategorier og underkategorier

4.1 Pasientens behov

Det ble indentifisert fire subkategorier i forhold til å ivareta pasientenes behov. Det var (1) Møte pasienten for å kunne skape relasjon, (2) Samtalepartnere, (3) Tro, religion – pasientenes verden og (4) Åpenhet i møte med pasientenes premisser utgjør hovedtema og pasientens behov er presentert i dette kapittelet. Pasientenes behov står i sykepleierens fokus, og for å kunne identifiserer pasientenes behov må sykepleierne snakke med dem og bygge god relasjon.

4.1.1 Møte pasienten for å kunne skape relasjon

Alle informanter fortalte at det å kunne gjenkjenne pasientenes behov er viktig for dem for å kunne ivareta deres åndelige behov. De snakket om hvor viktig det er å møte pasienten.

Sykepleiere fortalte at i starten for all pleie er møtet med pasientene. Dette forutsetter godt grunnlag for videre samarbeid og relasjon pleieren har til sine pasienter, og det gir rom for effektiv behandling.

En av informantene sa det slik:

«Så er det pasienten jeg møter, men jeg lengter og jeg vil gjerne se pasienten, personlighet også og det å kunne bli kjent med pasienten da. (...) Så det å møte pasienten utenom sykdommen, da, forbi sykdommen. Som er mitt behov». (Informant 1)

Informantene var svært opptatte av viktigheten av tilstedeværelse. De pekte på forskjellige måter å kunne møte sine pasienter på, som for eksempel benytte tiden ved stell, ved måltider og alle andre tilfeller sykepleier der treffer sine pasienter. Mulighet og tilgjengelighet til samtaler var ifølge mine informanter, en viktig del av deres arbeid. De ville gjerne være tilstedeværende, ikke bare fordi prosedyrene og rutinene krevde tilstedeværelse, men fordi det var viktig for pasientene at pleiere ville være nær, som for eksempel å ville sitte med dem.

Informantene fortalte om viktigheten av å se pasientene, bak diagnosen, bak deres svakhet. De pekte på viktigheten av som sykepleier å være klar til å utforske og kjempe seg frem mot det virkelige møtet. Det innebar å finne og skape muligheter og arenaer for å møte den enkelte pasienten som person og menneske, ikke bare som diagnosekoden. Sykepleiere så at tilstedeværelse er like viktig som pleien. De innså at de kan gi veldig mye gjennom å være til stede.

En av sykepleierne uttrykte det slik:

«Men jeg kan tilby meg selv og min samtale, og min kunnskap, og mine hender som jeg kan holde med. Og det er stort.» (Informant 6)

Denne tilstedeværelsen skapte rom for samtale, men også tid til å kunne bygge relasjon. I intervjuene kom det frem et ønske om å bli kjent med pasienten, for å kunne skape og bygge relasjon. Videre nevnte sykepleierne, med tanke på møte og relasjon, at arbeidsstedet kan spille en rolle. Ifølge mine informanter kan arbeidsforhold og rutiner på arbeidsplassen påvirke pleiens kvalitet, tids bruk til pleien, og kan forårsake mangel på tid til å møte pasienten utenom pleiehandlinger. Sykepleiere uttrykte klart at møte med den syke burde prioriteres. De snakket også om at møtets sted og tid burde tilpasses til den enkelte pasienten. Informantene sa at et møte kan være like forskjellig som pasientene er forskjellige, men også omgivelsene som sykepleier møter sine pasienter i kan være forskjellige. Det å møte pasienten på operasjonsstua rett før eller rett etter operasjon er noe helt annet enn et møte med pasientene på langtidsavdelinger. Samtidig som de understreket at det ikke betyr at kortvarige møter ikke er viktig. Pasienten før og etter operasjon har ofte stort behov for å bli sett og hørt. Hos pasientene på langtidsinstitusjoner er det igjen mer tid til relasjonsbygging og nærkontakt som utvides over tid.

4.1.2 Samtalepartnere

I møte med pasienten erfarer sykepleierne viktigheten av den første samtalen, for senere å kunne gå dypere inn i temaene og pasientens indre verden. En god samtale kan være nøkkelen til pasientens indre dør. Slike samtaler blir ikke «dype» ved første eller andre gang. Dybden erfarer man etter hvert, etter at sykepleier er blitt kjent med pasienten sin. Etter at begge parter erfarer at de kjenner hverandre, kan dypere samtaler komme.

En av deltakere sa det slik:

«Men da er det. Det kommer ikke etter første andre møte med dem. Det kommer etter hvert da er man på en måte litt kjent med dem. Og det har jeg opplevd. Og da var det ... men det var det snakk etter noen uker, jeg ble kjent med dem» (Informant 4)

Men det er ikke alltid lett å starte samtale med pasientene i sårbare situasjoner, og derfor er det viktig ifølge informantene å kunne lytte. Samtaler er ikke alltid like. De kan være dype og

fruktbringende, men det skjer at samtaler kan bli veldig korte, nesten bare svar på spørsmål. Sykepleierne erfarte at alt er avhengig av pasientenes innstilling og lyst til samtale. En god start på dyp samtale, kan ifølge sykepleiere være respekten og tålmodigheten som vises til pasienten. Informantene erfaring viser videre at det er viktig å vise hensyn til pasientenes livssituasjon. De understreket at hvis pasienten ikke vil snakke, er det viktig å ikke være påtrengende.

Videre erfarte sykepleiere at samtale kan være utfordrende både for pasienten, men også for sykepleier. Sykepleiere velger ikke personer de skal møte, og det kan være vanskelig å møte krevende pasienter i samtale. I denne sammenheng fremhever informantene også viktigheten av å motivere til samtale gjennom å stille spørsmål. De kan hjelpe pasienten med å åpne seg, kanskje samle tanker rundt tema, prøve å uttale sine bekymringer, behov, angst. Ved å stille spørsmål må samtidig sykepleier være forberedt på å høre hva pasienten vil svare og formidle. Det betyr å være klar over at svaret kan ta tid, og at det kanskje krever ettertanke, eller bringer med seg spørsmål knyttet til pasientens egen tilstand og bekymringer knyttet til den. Informantene delte erfaringer om samtaler som viste at disse hjelper pleiere til å forstå pasientene bedre, og samtaler gir mulighet til å kunne gjenkjenne sårbarheter og problemer som pasientene kjemper med.

Sykepleierne nevnte samtale som verktøy til å innhente relevant informasjon om pasientenes fysiske tilstand, men også som en viktig del av relasjonsbygging. Det var veldig tydelig at i sykepleiernes erfaringer er samtale en av de viktigste deler i utøvelse av sitt yrke.

Følgende uttalelse er et eksempel på dette:

«At vi har en connection på den planen. Det er primus motor som sykepleier i meg, absolutt, det må jeg si. For hadde jeg bare vært en sykepleier som var en teoretiker og praktiker, så har jeg veldig lite dybde kan jeg si da. Jeg tror ikke jeg hadde klart å reflektere over den pasienten og den situasjonen». (Informant 1)

Å kunne identifisere pasientens behov, også behov for det åndelige, er en viktig del av samtaler. Det er ikke alltid man kan få til dette, men informantene løftet frem viktigheten av å prøve å skape rom for samtaler, løfte frem temaer som kan være en dør til gode samtaler. De nevnte at samtaler kan, på en måte, gi pasientene verdighet tilbake. Det vil si følelse av at de er sett og hørt.

Sykepleierne erfarte at samtaler alltid er sentrale, og at de er en del av sykepleieres ansvarsområde og et viktig instrument for å samle informasjon om pasienten. Samtaler blir ikke utfordringsløse,

men krever at sykepleierne forbereder seg til å gjennomføre samtalene, og at de har evne til å kunne håndtere eventuelle vanskelige situasjoner knyttet til samtalene.

4.1.3 Tro, religion – pasientens verden

Det finnes temaer som angår pasientens indre verden, deres åndelige liv og behov, som det kun åpnes opp for dersom det er oppstått en relasjon mellom pasienten og helsepersonell, i dette tilfelle sykepleier. Man kan finne frem til begreper som beskriver og viser pasientenes behov og forståelse. Erfaringen fra sykepleierne viser at der det gis rom for samtale, vil en slik åpenhet kunne bære frukt.

En av deltakere sa det slik:

«Og da tenker jeg at, det er viktig (...) hva slags pasient man har, selv om man er ikke troende, kanskje man kommer å føle på at man skal gjøre det». (Informant 2)

En informant trakk frem viktigheten av å bli kjent med pasientenes tro og religion, og deres tanker rundt dette. Innsikt i pasientens væremåte gir sykepleiere mulighet til å forstå og å kunne identifisere sårbarhetsøyeblikk hos pasientene. Det åndelige perspektivet strekker seg ifølge informanter, fra morgen til kveld, fra handling til handling. Det innebærer så mye, og varierer fra pasient til pasient.

Informantene ser videre hvor viktig del det er å kunne møte pasienten for å bli kjent med hans åndelige verden. Det finnes forskjellige religioner, og oppgaven er ofte å kunne ut ifra pasientenes ståsted, finne frem til den enkeltes behov. Samtidig har flere deltakere erfart at det ikke er lett å snakke med pasienter om åndelige eller eksistensielle temaer. De nevnte at noen pasienter ikke tør å fortelle om sin indre verden.

4.1.4. Åpenhet i møte med pasientenes premisser

Ikke alle pasientene vil åpne seg umiddelbart, og vil heller ikke bli sett umiddelbart. Noen trenger tid. Sykepleierne erfarer at de gjerne vil bli sett når de er klare til dette.

For å kunne skape en relasjon, er det også viktig å se og å lete etter pasientenes behov og ønsker.

Informanten sa det slik:

«Pasienten vil så gjerne bli møtt, når de er klart for det da. Med tanke på åndelig behov. Og det er ikke alle som er åpne om sin religion og sin livstro. Der er litt sånt, ja, det er ikke alle som klarer å formidle det heller». (Informant 1)

Behov og ønsker som pasientene har, kan være nøkkel til å skape relasjoner for å kunne møte dem der de er, med de behov de har. Det å møte pasientene kan i noen tilfeller bety tilstedeværelse, som å holde pasienten i hånden, være til stede, se på pasienten og å ikke forlate vedkommende for raskt. Uten ord kan man oppnå at pasientene føler at de er viktig og blir sett. Slike faktorer kan for noen være viktigere enn samtaler eller pleiehandlinger. En av sykepleierne kalte det for «sånne små tegn» som betyr veldig mye.

4.2 utfordringer

Utfordringer er et annet hovedtema og er presentert i dette kapittelet sammen med de tre subkategoriene (1) Tidstilpasning, (2) Problemer knyttet til språk og (3) Pasientens mentale helse.

4.2.1 Tidstilpasning

Dagens helsevesen byr på mange utfordringer. Flere sykepleiere ser på tidspress som en av de største og vanskeligste problemene. De uttrykte veldig tidlig begrepet tidspress i institusjonene.

En av informantene sa det slik:

«Men det som er utfordrende er jo at det er så veldig mye tiltak rundt sykdomsbilde, rundt problemet. At tid i seg selv er en utfordring». (Informanten 1)

Og den samme informanten fortsetter med tanken, at det kan være utfordrende i dagens helsevesen, men også for enkelte sykepleiere. Hun nevner tidspress som en alvorlig utfordring i dagens helsevesen.

Det å ivareta pasienten krever fleksibilitet og oppfinnsomhet av sykepleieren, men også nok krefter til å utføre sine oppgaver. Prioritering er et av nøkkelordene i denne sammenhengen ifølge en av informantene. Det å kunne prioritere, men samtidig å kunne skape tid til hensyn og oppgaver som skal prioriteres er en av utfordringene. Informanten fremhever også at målet for prioriteringene er å få bedre tid sammen med sin pasient.

Sykepleierne er bevisste på tidsklemme i sitt arbeid, de utfører sitt yrke kunnskapsbasert og på høyt faglig nivå, samtidig som de ser at tiden er deres sterkeste motstander i dagens helsevesen. Erfaringer som sykepleiere nevner fra sin hverdag, viser at arbeidsoppgaver skaper tidspress, noe som gjenspeiler seg i følgende svar fra en av informantene:

«Jeg vet at sykepleiere på dagen, de bare løper rundt omkring og det er kjempevanskelig å klare å gjøre alle fysiske behov på plass. (...) man tenker på fysiske og åndelige det er kjempevanskelig med den bemanning som er nå (Informanten 6).

Uansett arbeidssted og stilling uttrykker sykepleierne viktigheten av å finne seg tid til å være med pasienten, selv om de opplever at den tiden kan være veldig kort, delt eller vanskelig å finne. Informantene opplever også at mangel på tid forårsaker at kontakt med pasienten blir veldig oppstykket.

Ifølge informanter kunne tilpasning av tiden og planlegging av omsorgs handlinger bære frukt. I alt det tidspress sykepleierne opplever i sin arbeidshverdag, er bekreftelse på at man kan overvinne utfordringer, «å få det til», en bekreftelse på at sykepleierne kan mestre sin tid.

Eksempler på slik mestring i en utfordringsfull hverdag og yrke kan være følgende:

«Prøver å planlegge og jeg har erfart at hvis man planlegger og vil utføre det så får man tid til det. Selv om det er veldig mye stress og veldig mye jobb, og man har masse oppgaver, og det bare koker rundt. Men man faktisk, hvis man vil, så kan man få det til. Det er bare viljen som kanskje, betyr å spille litt i det ... tenker jeg» (Informant 4).

Informanter erfarer på sine arbeidsplasser tidspress knyttet til mengde av pleieoppgaver som må prioriteres som for eksempel stell, dusjing og alle rapporteringer. Samtidig opplever de at hvis man planlegger veldig godt sin arbeidsdag, kan man finne tid til å sette seg ned, tid til å snakke med pasienter også hvis dagene er travle og innebærer flere pleieoppgaver. Planlegging kan ifølge sykepleiere være svar på tidsutfordringer.

4.2.2 Problemer knyttet til språk

Sykepleiere møter i sitt arbeid syke som på grunn symptomer og plager knyttet til sine sykdommer gjør det vanskelig å motta omsorg. Dette kan også forårsake for pasienter selv vanskeligheter med å uttrykke behov for slik omsorg – også åndelig.

Informantene nevner det slik:

«Ja, nå har vi jo pasienter som ikke snakker ... og kan ikke ...» (Informant 2).

Problemer med språk i norske institusjoner kan man dessverre også knytte til helsepersonell, ikke bare til pasientene. Flere sykepleiere, og spesielt de med utenlandsk bakgrunn, opplever at de ikke er godt nok rustet til å snakke med pasientene. De opplever at deres språkkunnskap kan være mangelfull. Informantene var veldig klare og åpne om det, at det finnes et problem med deres egen norskkunnskap som kan være til hinder i å ivareta pasientene.

Det bekreftes tydelig i dette utsagnet:

«De fleste sykepleiere eller mange av sykepleiere som jobber i aldersomsorg er utenlandske og det betyr at de har ikke den norskkunnskap på så høyt nivå og det er kjempevanskelig å snakke dypt» (Informant 6).

Dette ser ikke ut til å være et problem forårsaket med vilje, men et grunnleggende behov for å utvikle sitt språk. Denne personlige opplevelsen fra en av oppgavens informanter kan belyse problemet nærmere: En av sykepleierne fortalte fra egen erfaring at da hun kom til Norge og begynte å jobbe i helsevesenet, var hun nesten misunnelig på andre sykepleiere for at de kunne snakke med pasienter om familien, pårørende og utdype mange flere temaer. Som nyankommet kunne hun ikke uttrykke seg fritt og var begrenset til korte setninger. Hun erfarte at språkkunnskap var en stor barriere. I hennes oppfatning var sykepleieres evne til å beherske språk en viktig del av deres yrkesutførelse. Det å kunne bruke språket fritt og fange språknyanser samt å kunne bruke de riktige ordene var vesentlig for god kommunikasjon med pasientene, men også med pårørende og arbeidskollegaer.

4.2.3 Pasientenes mentale helse

Hindringer som kan vanskeliggjøre kontakt er flere, både for sykepleierne og pasientene. Når det gjelder fysiske hindre, nevner informantene afasi, bevissthet, smerte og andre. Psykiske hindre kan være demens, psykiatriske lidelser og utviklingshemninger, men også sorg, sinne og opplevelse av håpløshet. Sykepleierne erfarer at pasientens mentale helse, deres sykdomsbilde og mangel på mestring av sin egen livssituasjon spiller veldig stor rolle. Mine informanter knytter utfordringer også til pasientenes egen opplevelse av sin helsetilstand.

«De opplever kanskje at sykdomsbilde er komplisert, de bærer på mye sorg, og de bærer på mye utfordringer innenfor mestring» (Informanten 1)

Informantene møter pasientene som opplever sorg selv om de er ikke selv kan sette ord på det. Sykepleierne opplever at pasientene sliter med sine følelser og er deprimerte og nedstemte, og på grunn av dette er de ikke i stand til å åpne seg. Sterke følelsesmessige reaksjoner kan føre til misforståelser og vanskeligheter i kommunikasjon.

En av sykepleiere sa det slik:

«Pasienter på sykehjemmet i 80% har demens. 40 prosent, det som viser forskning: 40% er i aldersdepresjon. Da er det mye vanskeligere å gå fram til de med samtale, og til ikke minst med den åndelig, åndelig omsorg» (Informanten 6).

Sykepleiere erfarer at spesiell eldreomsorgen er sektoren hvor sykepleiere veldig ofte møter pasientene med psykiatriske diagnoser. De erfarer det i sin hverdag når de møter pasienter med demens, urolige pasienter, pasienter som opplever at de ikke mestrer sin hverdag på grunn av diagnoser. Dette medfører at de ofte er fortvilet, usikre og stresset.

4.3 Pårørende

I dette avsnittet knyttet til pårørende presentert. Subkategoriene som ble identifisert var (1) Støttespillere og ressurs og (2) Pårørendes eget dilemma presentert. Flere informanter har erfart at pårørende er en viktig del av omsorgen, også den åndelige. Pårørende spiller stor rolle og sykepleierne erfarer at de er en ressurs. På den andre siden kan de selv trenge veiledning og hjelp til å håndtere sin situasjon og mestre sin egen pårørenderolle. Sykepleiernes erfaringer fra

samarbeid med pårørende kan skilles mellom de tilfellene der pårørende er en stor ressurs for sykepleiernes arbeid, og de tilfellene der de, ikke sjelden, er utfordrende og selv trenger bistand.

4.3.1 Støttespillere og ressurs

Pårørende er viktige støttespillere for sine syke familiemedlemmer. De er også svært viktige samarbeidspartnere for helsearbeidere. Deres personlige erfaringer med den syke gjør dem til viktige informasjonskilder for sykepleiere, og de kan derfor være til stor hjelp.

En av sykepleierne sa følgende:

«Pårørende er kjempefint kilde til bakgrunnsbilde og livshistorie» (Informant 1).

Informantene erfarte at det å involvere pårørende i pleien kan være til en stor ressurs og hjelp. Pårørendes tilstedeværelse, deres interaksjon med den syke har, ifølge oppgavens informanter, en viktig rolle. Pårørendes rolle er helt uerstattelig med tanke på forskjellige religioner og behov. I visse religiøse miljøer er det helt nødvendig å involvere pårørende. Det finnes behov blant pasientene som i så stor grad er knyttet til deres eget religiøse behov, at det bare er familie som har kunnskap om tilhørende religiøse handlinger og kan supplere og ivareta disse.

En av informantene sa det slik:

«Og vi har, vi hadde en muslimsk pasient. Og det var også, men vi er ikke kjent med så mye med det religiøse delen, med den kulturen, så pårørende har ordnet alt. Men det å vise respekt, å akseptere det og hjelpe til at de har det på plass, så de var takknemlig for det.» (Informant 6)

Pårørende som velger å delta i pasientenes liv, blir involvert i pleien i den grad de selv vil og kan. Mine informanter delte pårørende i hovedsak i to grupper. Den ene er de som er svært aktive på alle områder, og informantene nevnte som eksempler besøk, samtaler, støtte og all hjelp til behov pasienten har. Den andre gruppen begrenset seg gjerne til kun å ivareta de praktiske ting. Informantene snakket om at det finnes forskjeller mellom oppfatning av pårørendes forståelse av det som de skal eller vil bli del av. Det finnes familier som er veldig flittige med besøk og tilstedeværelse, mens det er tilfeller hvor kontakten er veldig liten, eller er begrenset bare til telefonkontakten.

4.3.2 Pårørendes egen dilemma

Hva bakgrunnen er for de pårørendes ståsted og deres evne til å hjelpe er vanskelig å definere. Ifølge mine informanter er det avhengig av hver enkelt person. Enkelte av informantene snakket om mulige årsaker. De nevnte pårørendes situasjon som ofte kunne være sårbar i møte med sine nære i et sykdomsbilde.

Flere informanter pekte på sorg som en av pårørendes utfordringer. I slike situasjoner er det veldig vanskelig å finne hjelp og støtte hos de pårørende fordi de ofte ikke har mer å gi. De strever med egne erfaringer og ikke sjeldent med utbrenthet.

Følgende sitat kan illustrere det:

«Sånn generelt så kan pårørende være litt mer sliten og utbrent» (Informant 1)

I tillegg til sorg og utbrenthet kommer andre følelser frem. Noen av følelsene som sykepleierne nevner er usikkerhet med tanke på pasientenes sykdomsbilde, misnøye knyttet til pleien, men også egen forvirring hvis de ikke gjenkjenner seg selv i situasjonen. Det finnes også situasjoner hvor pasientene ikke har en god relasjon til sine pårørende. Slike vanskelige familierelasjoner kan også være årsak til pårørendes usikkerhet og irritasjon.

Enkelte pårørende vil gjerne være en del av pleien, men blir ofte usikre og velger derfor å holde seg tilbake. Sykepleierne merker at hvis det blir opprettholdt kontakt og veiledning for pårørende, og hvis de også bli hørt på og veiledet, eller bedre sagt ivaretatt i sin pårørendesrolle, er det veien til at også pårørende velger å engasjere seg.

En av sykepleierne sa det slik:

«i tillegg til pasienten så man må ivareta pårørende» (Informant 5)

Mine informanter erfarte behov blant pårørende for å bli ivaretatt. Slik ivaretagelse av pårørende var ikke enkel fordi pårørende ikke klar over sine egne behov. Usikkerheten i sin pårørenderolle kunne forårsake blant pårørende forvirring og vanskeligheter med å finne sin plass i pleien, og manglende åpenhet for engasjement i pleien. Passivitet blant pårørende kan ofte bli effekten av slike begrensninger knyttet til følelser de sitter med. Dessverre kan dette også øke pårørendes negative holdning til gjeldende helseinstitusjon eller helsevesenet generelt. Som jeg skrev i forrige

avsnitt, er det forskjellige årsaker til dette. I sykepleiernes erfaring er den vanligste begrensning at pårørende ikke er aktive.

Denne sitat kan illustrere det:

«Så blir det begrensninger, hvis ikke familien er aktiv». (Informant 3)

Samtidig erfarer sykepleiere at det finnes flere grunner som forårsaker passiviteten blant pårørende. De fleste av dem er, ifølge mine informanter knyttet til pårørendes utfordringer som jeg nevnte tidligere i dette kapittel.

5.0 DISKUSJON

Formålet med prosjektet var å undersøke katolske sykepleieres erfaring med å ivareta pasientenes åndelige behov. I dette kapittelet diskuterer jeg funn opp mot aktuell litteratur og tilgjengelig forskning om temaet. Prosjektets hovedfunn var at sykepleierne erfarte at å ivareta pasientenes åndelige behov er krevende. Informantenes erfaringer tilsa at det er vesentlig å være klar over utfordringene og å være i stand til å løse dem. De opplevde at for å kunne ivareta pasientenes åndelige behov, er det nødvendig å finne de behov pasientene har. Informantene vektla også pårørendes rolle, evne og mulighet til hjelp i pleieprosessen.

Diskusjonen tar utgangspunkt i de tre sentrale temaer fra funnene:

1. Å ivareta pasientenes behov
2. Å imøtekomme utfordringer
3. Å samarbeide med pårørende

5.1 Å ivareta pasientenes behov

Sykepleierne erfarte at for å kunne ivareta pasientene og å svare på deres behov, måtte de ha kjennskap til behovene. De var opptatt av å møte pasientene, for å skape en relasjon til pasientene for på den måten å få kjennskap til pasientenes behov. I norske sykehus og helseinstitusjoner finnes det pasienter fra forskjellige kulturer, religioner og land med sine forventinger og behov (Mojtaba

Ghorbani, 2020), dette anså sykepleiere som en berikelse men også som en utfordring. Pasientene og deres livserfaring, deres bakgrunn og identitet krever, at sykepleieren viser medfølelse og åpenhet ovenfor pasienten, for slik å kunne ivareta deres verdighet og møte hver enkelt pasient individuelt.

Informantene pekte på at det er viktig å identifisere pasientens behov, dette i tråd med tidligere forskning som nevner at god omsorg ivaretar også pasientenes åndelige lengsler og behov (Schmidt, 2014). Videre sier forskning at nærheten til pasientene og skape god relasjon er en del av åndelig omsorg (Schmidt, 2014). Dette var også mine informanter opptatt av når de fortalte om sitt behov få å ivareta hele pasienten med alle de behov vedkommende måtte ha. Sykepleierne var opptatt av hele mennesket med alle dets sider. Det var viktig for de å forstå pasientenes opplevelser og behov ved å snakke med dem, lytte å være tilstede. Dette samsvarer med utsagnet om at pasientene selv er eksperter på eget liv (Berg, 2010). Sykepleierne fortalte om at pasientene selv kunne gi de beste svarene om seg selv og vektla at dette krever av sykepleiere at de ikke bare stiller gode spørsmål, men også å være i stand til å lytte. Sykepleierne valgte å snakke med sine pasienter, fordi de innså at samtaler er et viktig instrument for relasjonsbygging. Det var forskjellige erfaringer blant sykepleiere knyttet til hvor lang tid de brukte på samtaler, men de fortalte at utfordringen var å skape rom for dype samtaler. De fleste informantene var tydelige på at det er veldig viktig å snakke også om vanskelige, dype og ikke sjeldent smertefulle ting. I likhet med nyere forskning som viser at selv om det er utfordrende for sykepleiere, er det viktig å åpne opp for vanskelige temaer og å snakke om åndelige, eksistensielle og livssynsmessige utfordringer (Giske & Cone, 2019).

Tilstedeværelse og kontakt med pasientene utgjør for flere informanter en arena for å imøtekomme pasienters åndelige behov, og de henviser med dette til tidligere forskningsfunn om viktigheten av sykepleierens forhold til pasienten (Narayanasamy & Owens, 2001). Tiden som sykepleier får sammen med sin pasient er viktig for å få informasjon om pasienten, identifisere hans/hennes behov, for på den måten å gi åndelig omsorg til hver enkelt pasient. Funn fra tidligere forskning sier i likhet med det som informanter oppfattet, at vesentlig i pleien er nemlig å være villige til å gi

tid og oppmerksomhet til pasienter og å engasjere seg i alle aspekter av pasientbehandlingen (Narayanasamy & Owens, 2001). Informantene erfarte relasjonsbygging er uløselig knyttet til omsorgen for pasienten. Bekreftelse på dette finnes det i psykologiens definisjon av omsorg, som sier at omsorg er en relasjon mellom mennesker, hvor et menneske retter sin oppmerksomhet mot en annet menneske og samtidig handler slik at det tjener til dets beste (Steenfeldt et al., 2019).

I tidligere forskning er det fra pasientenes perspektiv noe som sier at pasientene erfarer at møte mellom sykepleier – pasient skaper relasjon (Kvåle, 2006). I mitt prosjekt har sykepleiere den samme erfaring. Relasjonen mellom sykepleier – pasient er grunnleggende i deres pleiepraksis. Informantene opplever at kontakten med pasienten kan være vanskelig, den kan være krevende, men samtidig grundig og dyp. Den kontakten som sykepleier har erfart de har med sine pasienter, skaper rom hvor pasienten føler seg sett, forstått, kan åpne seg og uttrykke sine behov. I mitt prosjekt delte sykepleiere sin erfaring med at å nå en slik relasjon hvor pasienten åpner seg for sykepleier er en lang prosess og krever mye tid. Informantene snakket i denne sammenheng om at det er til dels store forskjeller på arbeidsstedene og pasientenes sykdom. På noen arbeidssteder eller avdelinger var det vanskelig å bygge god relasjon til pasientene uansett hvor mye tid de hadde.

Forskning identifiserer åndelig sykepleie som essensielt for sykepleieutøvelse, og den anser utvikling av relasjoner og sammenkobling mellom sykepleiere og pasienter som utviklende for åndelig omsorg (Hawthorne & Gordon, 2020). Mitt prosjekt viser at sykepleiernes kjennskap til pasientenes verden, den enkeltes tro og religion kan være vesentlig for ivaretagelse av åndelig omsorg. Informantene så på samtale som et redskap for å kunne gjenkjenne pasientenes behov og åndelig liv. Sykepleiernes erfaringer finner sin bekræftelse i forskningen som sier at de sykepleiere som investerte i å bygge et sykepleier-pasientforhold, kunne fange opp signaler som kunne hjelpe personalet til å begynne med åndelige omsorgsintervensjoner (Giske & Cone, 2015; Narayanasamy & Owens, 2001).

Slike intervensjoner skal skje på pasientenes premisser. Informantene var villige til å gi tid og oppmerksomhet til pasientene og engasjere seg i alle aspekter av pasientbehandlingen. Denne

tilnærmingen til åndelig omsorg kan beskrives som helhetlig og var nevnt i informanters uttalelser. Sykepleiere var opptatt av sitt forhold til pasientene og ønsket at dette forholdet skulle være gjensidig og basert på en likeverdig relasjon, noe som skapte tillit og trygghet hos pasientene. Forskning viser at i de siste årene er det gjort endringer for å skape et hjemmekoselig miljø innenfor den delen av omsorgsprosessen, for bedre å imøtekomme beboernes behov og ønsker (Gräske, Meyer, Worch & Wolf-Ostermann, 2015; Hoek et al., 2021). Mine informanter vektla omsorg bygd på pasientens premisser, og ivaretagelse av deres ønsker og behov som en forutsetning for å kunne ivareta alle deres åndelige behov.

Sykepleiernes erfaringer samsvarer ofte med pasientenes erfaringer. Mine informanter savnet relasjon med pasientene på samme måte som pasientene ønsket å ha en god relasjon med sykepleierne. Bekreftelse på pasientenes erfaringer finnes i tidligere forskning, som bekrefter at ønske å skape relasjon sett fra pasientenes side er sterk (Hanssen & Sommerseth, 2015).

5.2 Å imøtekomme utfordringer

Informantene erfarte at utfordringene er en del av dagens helsevesen og det finnes flere vanskeligheter og problemer som sykepleiere møter i sitt arbeid. Det var ifølge mine informanter krevende å ivareta pasientenes åndelige behov hvis tiden for pleien var begrenset, eller hvis pasientenes psykiske og fysiske helse sviktet. Forskning viser at antall ansatte, tilgjengelig tid per pasient, travelhet på arbeidsplassen og tempoet på de ulike skiftene rammer forholdet til pasientene (Giske & Cone, 2015), og mine funn viser at slike erfaringer hadde også sykepleierne i dette prosjektet, nemlig at dagens helsevesen byr på tids-, steds- og personal- utfordringer. De erfarte at tiden som sykepleier hadde med pasienten var veldig oppstykket og delt. Tidligere forskning viser at mangel på tid for samtaler ikke er den eneste årsaken til utfordringer med å ivareta pasientenes åndelige behov (Moene Kuven & Bjorvatn, 2015), og sykepleiere erfarer det i sin hverdag. De erfarte at det er vanskelig å nevne alle utfordringer, men alle utfordringer både store og små kan overvinnes hvis man handler bevisst og kjenner hva den enkelt utfordring er. Sykepleiere understreket at det å identifisere og navngi utfordringer hjelper til å løse den.

Informantene erfarte at det i hverdagen blir veldig vanskelig å finne tid til annet en ivaretagelse av den grunnleggende pleien som innebærer basale behov. Forskning viser at sykepleierens arbeid og dets idealer blir nedvurdert på grunn av en travel hverdag, en hverdag som må tilpasses dagens ytre krav og rammer (Ingstad, 2010; Kleiven Ole, Kyte & Kvigne, 2016), og de må ofte velge mellom faglig praksis og pasientenes behov. Mine funn viser at sykepleiernes profesjonelle fokus blir forandret fra pasientsentrert til oppgavesentrert, og dette i tråd med tidligere forskning (Fjeldbraaten, 2010; Kleiven Ole et al., 2016). Informantene erfaringer finner bekreftelse i forskerens funn som viser at årsaken til vanskeligheter som sykepleierne erfarer i sin arbeidshverdag, kan være tidspress, for mange arbeidsoppgaver, mangel på ressurser og andre utfordringer (Maben, Latter & Clark, 2006; Pedersen et al., 2008). Sykepleiere fortalte om dilemmaer de måtte ha i sin arbeidshverdag når de måtte velge mellom det som må gjøres og det som pasientene ønsket, og i åndelig omsorgens perspektiv burde ha fått. Sykepleiere fortalte om gapet mellom deres ønsker, sykepleierkes idealer og hverdagens utfordringer. Prosjektets informanter opplevde at helsevesens situasjon var vanskelig og spenning mellom realitet og idealer er stor, noe forskning bekrefter (Christiansen & Bjørk, 2016). Flere studier peker på barrierer som finnes i sykepleierkets utøvelse når det er snakk om faglige og moralske normer som oppleves å bli truet av eksempelvis tidspress, kostnadseffektivitet og pålagte krav (Christiansen & Bjørk, 2016; Kjølrsrud, 2013). Sykepleierne er bekymret for hva pasienten opplever og hvordan pasienten har det (Giske & Cone, 2015). Flere nevner at tidspress er en utfordring for godt arbeid og kan blant sykepleiere skape følelse av ekstra belastning og usikkerhet for om arbeidet ble utført kvalitativt godt (Christiansen & Bjørk, 2016). Sykepleiere mente at selv om de strever og vil være tilgjengelige for sine pasienter, bruke sin tid til å være med dem, blir ofte dagene styrt av bemanningsmangel. Det fører til at sykepleierne har ansvar for flere faglige behandlinger og papirarbeid. Det kan gå ut over kontakten med pasientene og bli begrenset til å gi medisin og håndtere akutte hendelser.

Språket kan også oppfattes som en stor utfordring i møte mellom sykepleier og pasient. Språkbarrieren kan skape en sårbar situasjon (Hanssen, 2016). Informantene så på språk som en utfordring, noe som igjen går utover kommunikasjonen. Dette er en sårbar del av sykepleiernes hverdag. Pasientene som ikke kan snakke på grunn av sin diagnose eller manglende

språkkunnskaper eller med tanke på sin bakgrunn, kan utgjøre en ekstra sårbar gruppe. Mangel på mulighet til verbalt å kunne uttrykke sine behov kan prege pasientens hverdag. Informanter erfarte at å ivareta åndelig omsorg er vanskelig i praksis (Rykkje, 2016), men å ivareta omsorgen hos pasienter som ikke kan uttrykke sine behov er enda vanskeligere. Pasienter med demens mister etter hvert sin språkevne og kommunikasjon med dem blir vanskelig. Sykepleiere møter i sin hverdag pasienter med afasi som ikke kan uttrykke seg verbalt. Det finnes forskning om utfordringer knyttet til pasientenes kommunikasjonsevner, til opplevelser som sykepleiere har når de ivaretar slike pasienter og om tiltak og instrumenter som sykepleiere bruker i arbeid med slike pasientgrupper ((Ebenau et al., 2020; Helsedirektoratet, 2013). Utfordringer knyttet til pasientenes kommunikasjonsproblemer og vanskeligheter krever fra sykepleiere kunnskapsbasert pleie, tilpasset hver enkeltes behov. Slike faglige tiltak krever tid og tid er en av utfordringene. Sykepleiere fortalte at slike ulike utfordringer ikke er et tilfeldig fenomen, de erfarte mangel på hjelpetiltak som kunne løse problemer. De innså at det var vanskelig å løse utfordringene når problemet i mange tilfeller var forårsaket av helseomsorgens organisering. Dette støttes i studier hvor det kommer frem at idealer er sjeldent like realiteten (Christiansen & Bjørk, 2016).

Det er ikke bare pasientene som mister språkferdigheter som er «årsak» til slike vanskeligheter. Informantene i prosjektet erfarte at for kunne gi åndelig omsorg må man ha riktige instrumenter og kompetanse, også de språklige. Sykepleierne erfarte at deres egen språkkompetanse var vesentlig i deres arbeid. I norsk helsevesen jobber i dag flere utenlandske sykepleiere (Nortvedt, Lohne & Dahl, 2020) og en av deres utfordringer er språk. De opplever at språkbarrieren kan begrense deres yrkesutøvelse, særlig god kommunikasjon med pasienter. Mine informanter erfarte at selv om de behersket språket var det nyanser i språket som gjorde det vanskelig å kunne bruke språket fritt og slik de ønsket. Tidligere forskning viser at utfordringer knyttet til språkkunnskap hos helsepersonell med utenlandsk bakgrunn finnes i mange land (Alexis, 2013; Skjeggstad, Gerwing & Gulbrandsen, 2017). Yrkesetiske retningslinjer bekrefter hvor viktig det er for sykepleiere å erkjenne grenser for egen kompetanse og være beredt til å søke hjelp ved behov (Norsk sykepleierforbund, 2011) i dette tilfelle å videreutvikle egen språkkunnskap. En av sykepleierne i mitt prosjekt snakket om at det blant utenlandske sykepleiere i Norge oppstår en følelse av mindreverdighet, fordi de ikke har høyt nok språklig nivå. Forskning blant utenlandske sykepleiere viser at slike erfaringer finnes i norsk helsevesen (Nortvedt et al., 2020)

5.3 Å samarbeide med pårørende

Flere informanter har erfart at pårørende er en viktig del av omsorgen, også den åndelige. Pårørende spiller en stor rolle i helsevesen. Sykepleiernes erfaringer fra samarbeid med pårørende kan skilles mellom de tilfellene der pårørende er en stor ressurs for sykepleiernes arbeid, og de tilfellene der de, ikke sjelden, er utfordrende og selv trenger bistand. Sykepleiere erfarte at pårørende hadde kunnskap ikke bare om pasientenes fortid, men også for om pasientenes nåværende behov og ønsker.

Pårørende skal ha en viktig rolle i norsk helsevesen (NOU 2011:11; NOU 2011:17) og informantene la vekt på den rollen pårørende kan spille i ivaretagelse av pasientenes åndelige behov. Helsemyndighetene i Norge anser pårørende som en uvurderlig resurs både for pasienter og for helse- og omsorgstjenesten (*St.Meld.15, Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*, 2018-2019), og alle deltakere i mitt prosjekt vektla også pårørendes uerstattelige rolle i helseomsorgen. Spesielt i den første tiden ved institusjon, det vil si ved kartleggingen, er pårørende en viktig kilde til informasjon (Rognstad, Sagbakken & Nåden, 2015b). I kontrast til pårørendes opplevelser av å ikke være involvert (Rognstad et al., 2015b), snakket sykepleierne om mangel på pårørendes interesse for å delta i pleien. De fortalte om, at selv om pårørende bli betraktet som tilstedeværende i pasientenes hverdag, skjer det ikke sjeldent at de er der bare overfladisk tilstede, eller vil ikke være involvert. Informanter i mitt prosjekt møtte pårørende ved flere anledninger og fortalte at relasjoner som pårørende har til helsepersonell kan være nokså forskjellig. De erfarte også at følelser knyttet til samarbeid med sykepleiere, og helsepersonell ellers, var veldig varierende. Sykepleiere pekte på mulige årsaker til pårørendes usikkerhet og utfordring med hvilken rolle de skal ha. De nevnte at pasienters ulike diagnoser og helsetilstander kan for pårørende være ekstra krevende. Situasjonen kan også være belastende for pårørende, som først må forstå å få lov til å mestre situasjonen. Det finnes ulik forskning om pårørende til pasienter med spesifikk diagnose, som for eksempel pasienter med demenssykdom, rusproblemer og manglende psykisk helse (Ebenau et al., 2020; Hoek et al., 2021; Rognstad et al., 2015a) som hjelper å forstå utfordringer pårørende møter.

Med tanke på belastning som sykdom skaper for pasienter, blir pårørende også påvirket direkte eller indirekte. Dette kan forårsake at pårørende kan selv trenge veiledning og hjelp til å håndtere sin situasjon og mestre sin egen pårørenderolle. Forskning viser at pårørende opplever positive og negative følelser knyttet til det å yte pårørendeomsorg (Helsedirektoratet, 2021). Mange pårørende opplever glede over å kunne støtte og være til nytte og hjelpe noen de står nær, mens det samtidig finnes pårørende med helt motsatte følelser knyttet til bekymring og negative følelser som stress og dårlig samvittighet (Helsedirektoratet, 2021). Mine informanter opplever at mange av pårørende opplever sterke følelser knyttet til livssituasjon de befinner seg i. Faglitteratur sier at kronisk sykdom og sykdom ellers betyr at familie og venner må leve med en gjest som kanskje aldri går (Fjerstad, 2010; Fjerstad & Stene, 2007). Sykepleiere i mitt prosjekt erfarte at pårørende bærer på mye sorg. Forskning viser at pårørende som er knyttet til forskjellige støttegrupper i større grad klarer å håndtere sine følelser, og mestre krevende situasjoner og belastninger (Hanssen & Sommerseth, 2015).

Blant pårørende er det et behov for å bli mer sett og selvfølgelig også lyttet til (Regjeringen, 2020). Informantene erfarte at pårørende ønsker å bidra, men ofte kunne være usikre på hvordan de skulle gjøre det. Informantene innså at det var veldig viktig å møte pårørende selv om de var i en situasjon som de ikke forstod, eller som var vanskelig for dem. Det finnes studier som viser viktigheten av å se og inkludere pårørende (Hanssen & Sommerseth, 2015). Forskning viser også at pårørende ofte er utsatt for store belastninger knyttet til at en nærstående har behov for helsehjelp (Hanssen & Sommerseth, 2015). Resultatene fra mitt prosjekt samsvarer med funn fra tidligere ulike studier når det gjelder samarbeid og inkludering fra sykepleiernes side (Hanssen & Sommerseth, 2015; Helsedirektoratet, 2021; Rognstad et al., 2015a), som et viktig tiltak.

Mine funn og tidligere forskning viser at sykepleierne ønsker å involvere pårørende på en måte som er tilpasset pårørendes behov og mestring (Hanssen & Sommerseth, 2015; Helsedirektoratet, 2021). I samsvar med regjeringens pårørendestrategi ser også prosjektenes informanter viktigheten av å ivareta pårørende (Regjeringen, 2020). Det beste svaret har som regel pasienten selv. Men det kan være lettere å stille slike spørsmål når en tredje person legger til rette for det, og også får frem den viktige gjensidigheten i det å være pasient og pårørende (Fjerstad, 2010). Pårørende som

mestrer sin pårørenderolle, er rustet til å hjelpe sykepleiere i omsorgen. Informantene i mitt prosjekt erfarte at de ofte møtte pårørende som lærte seg den nye situasjon som sykdommen hadde brakt familien, og fortalte hvordan samarbeid var mye lettere for alle parter, pårørende, den syke og sykepleiere.

Pårørendes kontakt med sine syke er avhengig av relasjonene i familien (Hanssen & Sommerseth, 2015), og disse familiære relasjoner er ofte årsaker til pårørendes aktive eller passive deltakelse i pleien. Slike relasjonsrelaterte begrensninger er ikke ukjent for sykepleier og finner bekreftelse også i mitt prosjekt. Dette skjer uansett hvor aktive pårørende er i omsorgsrelaterte gjøremål, og hvilken rolle de har. Om de går inn i rollen som informasjonskilder, representanter for pasienten og er deres omsorgspersoner, eller selv trenger støtte, har helse- og omsorgstjenesten plikt til å involvere og støtte pårørende (Helsedirektoratet, 2017).

6.0 KONKLUSJON

Målet med dette prosjekt var å belyse erfaringer som katolske sykepleiere har med å ivareta pasienters åndelige behov. Sykepleieres hverdag og deres oppgave er kompleks, og det var viktig å kunne forstå og vise hvordan katolske sykepleiere erfarer å yte åndelig omsorg. Informantene i prosjektet kunne fortelle at deres arbeid byr på flere utfordringer. De kjente sitt yrke og dets formål veldig godt, og de var seg bevisst at det krevde mye av dem. Informantene viste forståelse for dagens sykepleie i lys av kunnskapsbasert praksis og de høye faglige krav som yrket stiller. Hver på sitt arbeidssted opplevde de at dagens helsevesen er langt fra idealet. Hverdagen på de forskjellige stedene var ulik, men sykepleierne kunne fortelle at de hadde svært mange fellestrekk. Det som var felles for alle mine informanter var ønske om å gi den beste åndelig omsorg uansett utfordringer. De poengterte at dagens helsevesen ikke er uten utfordringer, men at alle utfordringene sykepleiere møter kan håndteres, hvis pasienten, pårørende og planlegging er i fokus. Resultatene fant bekreftelse i tidligere forskning og styrket kunnskap om katolske sykepleiemiljø. For å illustrere katolske sykepleieres erfaring, ville jeg bruke ord fra Bjørn Eidsvågs sang som også en av mine informanter leste i intervjuet for å sammenfatte hennes forståelse av hvordan åndelig omsorg ivaretas av en katolsk sykepleier:

*«Eg ser at du e trøtt,
men eg kan ikkje gå alle skrittå for deg.*

*Du må gå de sjøl,
men eg vil gå de med deg,
eg vil gå de med deg.*

*Eg ser du har det vondt,
men eg kan ikkje grina alle tårene for deg.*

*Du må grina de sjøl,
men eg vil grina med deg.
eg vil grina med deg.*

*Eg ser du vil gi opp,
men eg kan ikkje leva livet for deg.*

*Du må leva det sjøl,
men eg vil leva med deg,
eg vil leva med deg.*

*Eg ser at du e redd,
men eg kan ikkje gå i døden for deg.*

*Du må smaka han sjøl,
men eg gjer død til liv for deg,
eg gjer død til liv for deg*

Eg har gjort død til liv for deg.» (Eidsvåg, 2014)

Funn i dette prosjektet viser at sykepleiere arbeider i samsvar med yrkesetiske retningslinjer, og de er kunnskapsbasert og høyt faglig rustet. De påtar seg oppgaver i helsevesenet som ikke er fri for utfordringer, men de handler alltid til pasientenes beste. Funnene i dette prosjektet kan bidra til å sette søkelyset på sykepleierens utfordringer og kompetanser for å ivareta pasientenes åndelige behov. Ut fra mine funn mener jeg at det er viktig og følge sykepleiernes utfordringer videre for å kunne finne tiltak som løser dem. Prosjektets funn kan hjelpe til å forstå utfordringer som sykepleiere har, for å kunne ivareta sykepleiere og forebygge stress og utbrenthet. Ut fra mine funn

mener jeg at det er viktig å arbeide videre med tilrettelegging av sykepleieres arbeidshverdag for at de kan yte omsorg for hele menneske og slik også ivareta pasientenes åndelige.

Dette prosjektet hadde som formål å se på ivaretagelse av åndelige behov fra katolske sykepleieres perspektiv. Det kunne vært interessant å undersøke katolske pasientenes perspektiv når åndelig omsorg blir gitt av katolske sykepleiere. I dette prosjektet kom det også frem et tema knyttet til erfaringer og utfordringer med språkkunnskap som sykepleiere med utenlandsk bakgrunn har i det daglige arbeidet i norsk helsevesen. Dette kunne være interessant å undersøke nærmere i fremtidige forskning.

REFERANSELISTE

- Alexis, O. (2013). Internationally educated nurses' experiences in a hospital in England: an exploratory study, 27(4), 962-968. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/scs.12014>
- Berg, E. (2010). *Sammenhenger : om erfaring, sykdom og medisinsk praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjørndal, A., Flottorp, S., Klovning, A. & Bjørndal, A. (2021). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (4. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Bowers, H. & Rieg, L. S. (2014). Reflections on Spiritual Care. *Journal of Christian Nursing*, 31(1), 47-51. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000017>
- Brinchmann, B. S. (2008). *Etikk i sykepleien* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christiansen, B. & Bjørk, I. T. (2016). Godt – eller godt nok? Hvordan opplever sykepleiere idealer og realiteter i utøvelsen av yrket? *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 12(1), 64–76. <https://doi.org/10.7557/14.3774>
- Cobb. (2004). *Nursing students' experiences in personal spiritual formation and in provision of spiritual care to patients* Andrews University. Hentet fra <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=109844999&site=ehost-live>
- Cobb, M., Puchalski, C. & Rumbold, B. (2012). *Oxford textbook of spirituality in healthcare* OUP Oxford.
- Den katolske kirkes katekisme*. (2001). (2. oppl. utg.). Oslo: St. Olav forl.
- Det Norske bibelselskap. (2011). *Bibelen : Den hellige skrift : Det gamle og Det nye testamentet* (Bokmål[utg.]. utg.). Oslo: Bibelselskapet.
- DeWitt-Weaver, D. (2001). *The experience of Christian student nurses becoming ready to provide spiritual care* Indiana University School of Nursing. Hentet fra <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=109874996&site=ehost-live>
- Ebenau, A., Groot, M., Visser, A., van Laarhoven, H. W. M., van Leeuwen, R. & Garsen, B. (2020). Spiritual care by nurses in curative oncology: a mixed-method study on patients' perspectives and experiences. *Scandinavian journal of caring sciences*, 34(1), 96-107. <https://doi.org/10.1111/scs.12710>
- Eidsvåg, B. (2014). Eg ser. I(bd. Spor 6). [Oslo]: Sony Music.
- Elliott, R., Wattis, J., Chirema, K. & Brooks, J. (2020). Mental health nurses' understandings and experiences of providing care for the spiritual needs of service users: A qualitative study, 27(2), 162-171. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jpm.12560>
- Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé* (2. oppl. utg.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Fause, Å. & Micaelsen, A. (2002). *Et fag i kamp for livet : sykepleiefagets historie i Norge*. Bergen: Fagbokforl.
- Fjeldbraaten, E. M. (2010). Mellom idealer og praksis : En casestudie av leger og sykepleiere i møte med reformer i spesialisthelsetjenesten. I. <http://hdl.handle.net/11250/2375826>.
- Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk : et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fjerstad, E. & Stene, J. (2007). En gjest som aldri går: å leve med kronisk sykdom i familien. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
- Giske, T. & Cone, P. H. (2015). Discerning the healing path – how nurses assist patient spirituality in diverse health care settings, 24(19-20), 2926-2935. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.12907>
- Giske, T. & Cone, P. H. (2019). *Å ta vare på heile mennesket : handbok i åndeleg omsorg*. Oslo: Samlaget.

- Gräske, J., Meyer, S., Worch, A. & Wolf-Ostermann, K. (2015). Family visits in shared-housing arrangements for residents with dementia—a cross-sectional study on the impact on residents' quality of life. *BMC Geriatr*, 15(1), 14-14. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0012-5>
- Hanssen. (2016). Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I N. Kristoffersen, F.; Skaug, E.-A. & Grimsbø, G.H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring. Bind 3.* (s. 81-103). Oslo: Gyldedal Akademisk.
- Hanssen & Sommerseth. (2015). Den familiære relasjonens betydning for pårørendes behov i møte med helsetjenesten. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 10(2), 62-75. <https://doi.org/10.7557/14.3323>
- Haugan, G. & Rannestad, T. (2014). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm.
- Hawthorne, D. M. & Gordon, S. C. (2020). *The Invisibility of Spiritual Nursing Care in Clinical Practice*. Telluride, Colo. Hentet fra <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0898010119889704>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017). Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten [nettdokument] Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 28. januar 2019, lest 07 mai 2022). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parerendeveileder>
- Helsedirektoratet. (2021). Nasjonal pårørendeundersøkelse [nettdokument] Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 03. mars 2021, lest 07. mai 2022). Hentet fra www.helsedirektoratet.no/nyheter/nasjonal-parerendeundersokelse
- Hoek, L. J. M., van Haastregt, J. C. M., de Vries, E., Backhaus, R., Hamers, J. P. H. & Verbeek, H. (2021). Partnerships in nursing homes: How do family caregivers of residents with dementia perceive collaboration with staff? *Dementia (London, England)*, 20(5), 1631-1648. <https://doi.org/10.1177/1471301220962235>
- Ingstad, K. (2010). Arbeidsforhold ved norske sykehjem — idealer og realiteter, 30(2), 14-17. <https://doi.org/10.1177/010740831003000204>
- Kjølsrud, E. S. (2013). Profesjonsetiske utfordringer i et helseforetak : en kvalitativ studie av sykepleiere ved to psykiatriske akuttposter i et helseforetak. I: Universitetet i Agder / University of Agder.
- Kleiven Ole, T., Kyte, L. & Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press? *Nordisk sygeplejeforskning*, 6(4), 311-326. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-04-03>
- Knestrück, J. & Lohri-Posey, B. (2005). Spirituality and health: perceptions of older women in a rural senior high rise. *J Gerontol Nurs*, 31(10), 44-52. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20051001-09>
- Kristoffersen. (2016). *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg. utg., bd. b. 1). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2005). *Grunnleggende sykepleie : 4* (bd. 4). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kroning, M. & Yoon, D. (2017). Student Perspective Improves Spiritual Care Curriculum. *Journal of Christian nursing : a quarterly publication of Nurses Christian Fellowship*, 34(4), E53-E55. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000435>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier — slik pasienter ser det, 26(1), 15-19. <https://doi.org/10.1177/010740830602600104>
- Maben, J., Latter, S. & Clark, J. M. (2006). The theory-practice gap: impact of professional-bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. *J Adv Nurs*, 55(4), 465-477. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03939.x>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.

- Moene Kuven, B. & Bjorvatn, L. (2015). Åndelig omsorg er en del av sykepleien. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (9), 56. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.55165>
- Mojtaba Ghorbani, E. M., Reza Aghabozorgi & Monir Ramezani. (2020). *Spiritual care interventions in nursing: an integrative literature review*. Berlin :. Hentet fra <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00520-020-05747-9.pdf>
- Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse* (bd. 29). Oslo: Universitetsforl.
- Narayanasamy, A. & Owens, J. (2001). A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *J Adv Nurs*, 33(4), 446-455. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01690.x>
- Natvig, R.-S. (2004). *Sykepleieetikk*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler* ([Rev. utg.]. utg.). Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Nortvedt, Lohne, V. & Dahl, K. (2020). A courageous journey: Experiences of migrant Philippine nurses in Norway, 29(3-4), 468-479. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.15107>
- Nortvedt & Norsk sykepleierforbund. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert : en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- NOU 2011:11. (2011). *NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2011:17. (2011). *NOU 2011: 17 Når sant skal sies om pårørendeomsorg. Fra usynlig til verdsatt og inkludert*.
- NOU. (1992). *Trygghet - verdighet - omsorg : utredning fra et utvalg oppnevnt ved kgl. res. av 11. august, 1989 ; avgitt til Sosialdepartementet 4. desember, 1991* (bd. 1992:1). Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon Statens trykning.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-2021-05-07-31). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Pedersen, R., Nortvedt, P., Nordhaug, M., Slettebø, Å., Grøthe, K. H., Kirkevold, M., ... Andersen, B. (2008). In Quest of Justice? Clinical Prioritisation in Healthcare for the Aged. *Journal of Medical Ethics*, 34(4), 230-235. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/27720051>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer.
- Reed, P. G. (2008). *Theory of Self-Transcendence* (2nd. ed. utg.). New York: New York: Springer Publishing Company.
- Regjeringen. (2020). Vi – de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi med handlingsplan. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-paerorende.pdf>
- Rognstad, M.-K., Sagbakken, M. & Nåden, D. (2015a). Pårørendes rolle som ressurs og samarbeidspartner: En studie med fokus på pårørende til pasienter med demenssykdom i sykehjem: Family members' role as resources and collaborating partners: A study focusing on dementia and long-term stay in a nursing home. *Nordic journal of nursing research*, 35(1), 57-64. <https://doi.org/10.1177/0107408314560478>
- Rognstad, M.-K., Sagbakken, M. & Nåden, D. (2015b). Pårørendes rolle som ressurs og samarbeidspartner: En studie med fokus på pårørende til pasienter med demenssykdom i sykehjem: Family members' role as resources and collaborating partners: A study focusing on dementia and long-term stay in a nursing home, 35(1), 57-64. <https://doi.org/10.1177/0107408314560478>
- Rykkje, L. (2016). Forståelse av åndelighet og åndelig omsorg for gamle mennesker – en hermeneutisk studie. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 12(1). <https://doi.org/10.7557/14.3780>
- Schmidt, H. (2014). *Har du tid til det, da? : om åndelig omsorg i sykepleien*. Bergen: Fagbokforl.

- Skjeggstad, E., Gerwing, J. & Gulbrandsen, P. (2017). Language barriers and professional identity: A qualitative interview study of newly employed international medical doctors and Norwegian colleagues. *Patient Educ Couns*, 100(8), 1466-1472. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.007>
- St.Meld.15, *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*. (2018-2019). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Steenfeldt, V. Ø., Viftrup, D. T. & Hvidt, N. C. (2019). *Åndelig omsorg*. København: Munksgaard.
- Thacker, K. S. & Long, J. M. (2010). Family presence in final moments: a precious gift. *Journal of Christian nursing : a quarterly publication of Nurses Christian Fellowship*, 27(1), 38-42. <https://doi.org/10.1097/01.cnj.0000365990.69592.a5>
- Ueland, V. & Åbo, a. (2013). *Lengsel - en kraft til helse* Åbo Akademis förlag, Åbo.
- Widerberg, K. & Bolstad, K. (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt : en alternativ lærebok*. Oslo: Universitetsforl.

VEDLEGG I – Informasjonsskriv til deltakere

Vil du delta i forskningsprosjektet

" Katolske sykepleieres opplevelser med å ivareta pasienters åndelige behov? "

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse katolske sykepleierens erfaringer med å ivareta pasientenes åndelige behov. I dette skrive vil jeg informere deg om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette er en masteroppgave som gjennomføres som et ledd i utdanningen ved Universitet i Agder, Klinisk helsevitenskap.

Jeg har valgt å undersøke hvordan katolske sykepleiere opplever å ivareta pasientenes åndelige behov. Jeg er selv katolsk sykepleier med erfaring fra Tsjekkia og i Norge og stadig treffer nye utfordringer knyttet til å ivareta pasientenes åndelige behov. Med dette studie vil jeg finne opplevelser og erfaringer som andre katolske sykepleiere har her i landet. Jeg har gjennomført et litteratursøk og har funnet svært lite forskning innen dette feltet knyttet til norsk sammenheng. Dette forsterket min interesse for å gjennomføre denne studie.

Problemstillingen er: " *Hvilke erfaringer har katolske sykepleiere med å ivareta pasienters åndelige behov? "*

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Terezie Bogoczova er ansvarlig for prosjektet.

Min veileder er Kristine Haddeland som er ansatt i institutt for helse og sykepleievitenskap ved universitetet i Agder.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg har valgt å rekruttere deltakere ved hjelp av strategisk utvalg. Det vil si at utvalget er sammensatt med mål om at materialet skal belyse problemstillingen på best mulig måte. Jeg ønsker å finne 6-10 deltakere. For å delta i prosjektet ønsker jeg at du skal:

- være utdannet sykepleier
- jobbe aktiv med pasientene (på institusjon eller hjemme)
- være katolikk

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du blir intervjuet. Det vil ta 30 – 45 minutter. Vi gjør avtale når intervjuet skal foregå. Intervjue skal gjennomføres på Zoom. Det vil bli brukt lydopptak under intervjuet. Jeg vil transkribere dette selv og anonymisere slik at det ikke kan knyttes navn opp mot lydopptaket.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan oppbevares og brukes dine opplysninger

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

Det er ingen andre enn meg som vil ha tilgang til ditt navn. Veileder vil ha tilgang til transkribert tekst, for at hun skal kunne bidra i analysen.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra datamaterialet.

Det vil ikke bli publisert direkte personidentifiserende opplysninger om deg i den ferdige oppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes mai/juni 2022. Personopplysninger og opptak vil bli slettet når oppgaven er godkjent.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Prosjektet er også godkjent av Fakultetets etiske komite (FEK) ved universitetet i Agder.

Hvor kan du finne ut mer?

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

Masterstudent: Terezie Bogoczova (terezb15@uia.no), Tlf: 41252224

Veileder: Førsteamanuensis Kristine Haddeland (Kristine.Haddeland@uia.no), Institutt for helse og sykepleievitenskap, Tlf: 38141524

eller:

Vårt Personvernombud: Ina Danielsen: ina.danielsen@uia.no, Tlf: 38142140

Med vennlig hilsen
Terezie Bogoczova
Prosjektansvarlig
(Masterstudent)

Kristine Haddeland
Prosjektansvarlig
(Veileder)

VEDLEGG II – Informert samtykke

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: «Hvilke erfaringer har katolske sykepleiere med å ivareta pasienters åndelige behov?» og har fått anledning til å stille spørsmål.

- Jeg samtykker til å delta i intervju
- Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2022

(signert av prosjektdeltaker, dato)

Terezie Bogoczova kan kontakte meg på dette nummeret:,
eller e-post for å avtale tid for intervjuet.

VEDLEGG III – Intervjuguide

Intervjuguide

Før intervjuet

Introduksjon:

Jeg heter Terezie Bogoczova og er masterstudent i Klinisk Helsevitenskap på Universitetet i Agder. Det er min masteroppgave som blir årsaken for dette intervjuet.

Hensikt/foreløpig problemformulering:

Som sykepleier med kristen/katolsk bakgrunn er jeg interessert i alt som kan forbedre kvaliteten av den åndelig tjeneste vi gir til pasientene. Det er flere forskning som svarer på betydning av pasientenes åndelige behov, men veldig få, i min oppfatning, og her i norsk sammenheng, som svarer på spørsmålet hvilke erfaringer har sykepleiere i dette forbindelse. Derfor vil jeg finne ut svar på spørsmål:

" Hvilke erfaringer har katolske sykepleiere med å ivareta pasienters åndelige behov? "

Informasjon om intervju:

- ✓ Hva skal intervju og lydopptak brukes til.

Dette intervju skal brukes til å utarbeide masteroppgave og svare samtidig på spørsmålet som jeg nevnte i innledningen. Ved selve intervjuet skal jeg bruke lydopptaket som hjelper meg senere til å utarbeide teksten.

- ✓ Forklaring av personopplysninger, anonymitet og taushetsplikt

Jeg skal behandle personopplysningene i forbindelse med prosjektet mitt, men disse skal anonymiseres i selve Masteroppgave. De skal oppbevares i samsvar med personvernloven og er derfor meldt til NSD. (Norsk senter for forskningsdata)

- ✓ Øvrige informasjoner og mulighet for spørsmål og informantenes forventninger

Samtalen skal vare 30-45 min.

Jeg har forberedt noen spørsmål som kan være veiledende for samtalen vår, men jeg ønsker å la deg slippe til orde mest mulig med dine tanker og erfaringer.

Intervjuet starter:

(lydopptaket skal startes også)

Innledende spørsmål:

- ✓ Kjønn
- ✓ Alder
- ✓ Hvor og hvor lenge jobber du som sykepleier.

Hoved spørsmål:

- ✓ Kan du fortelle meg en situasjon, hvor du erfarte at du ivaretar pasientenes åndelige behov (PÅB)?
- ✓ **Har du noen konkrete episoder du vil trekke frem knyttet til pasientenes åndelige behov og din respons?**
- ✓ Var det positiv/negativ erfaring? Hva vil du trekke frem?
- ✓ Fortell meg hvilke følelser, tanker du har?
- ✓ Hva i din forståelse innebærer begrepet pasientenes åndelig behov?
- ✓ Hva tenker du om betydning av pasientenes åndelige behov?
 - Hvor stor rom gir du til å ivareta PÅB?
 - Har du tid til å tenke på PÅB?
 - Er det utfordrende å ivareta PÅB?
- ✓ Er det noe du kunne tenkt deg å tilby pasienter, som de i dag ikke får?
- ✓ i tilfelle hva?

Nedtrapping:

- ✓ Nå har jeg stilt deg en rekke spørsmål, men vil gjerne fange opp om det er noe essensielt jeg ikke har fått tak i.
- ✓ Er det noe annet jeg ikke har spurt om som du ønsker å trekke frem?

Oppsummering

Til slutt vil jeg oppsummere samtalen med tanken på misforståelser som kunne oppstå ved intervjuet. Avslutter med å spør informantene om det er noe som han/hun ønsker å tillegge.

Takker for at informanten ville bruke sin tid til å være med.

VEDLEGG IV – NSD- Godkjenning av prosjekt

Vurdering

Referansenummer

952360

Prosjekttittel

" Hvilke erfaringer har katolske sykepleiere med å ivareta pasienters åndelige behov? "

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Kristine Haddeland, kristine.haddeland@uia.no, tlf: 38141524

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Terezie Bogoczova, tereziebogoczova@gmail.com, tlf: 41252224

Prosjektperiode

01.09.2020 - 30.12.2022

12.02.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjema med vedlegg 12.2.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TAUSHETSPLIKT

NSD minner om at deltakerne har taushetsplikt, og dermed ikke kan uttale seg på en måte som gjør enkeltpasienter identifiserbare. Vi anbefaler at deltakerne i forkant minnes om taushetsplikten, og at de oppfordres til å omtale sine erfaringer generelt, uten at disse kan spores tilbake til enkeltpersoner.

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: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om religion samt alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra deltakerne til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres og som den registrerte kan trekke tilbake. For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a. For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

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 deltakerne 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 som deltakerne vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge deltakerne kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har handlingsansvarlig 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). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa

Tlf. personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

VEDLEGG V – FEK – Godkjenning av prosjekt



Terezie Bogoczova

Besøksadresse:
Universitetsveien 25
Kristiansand

Ref: [object Object]

Tidspunkt for godkjenning: : 25/02/2021

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - ÅNDELIG OMSORG I SYKEPLEIE

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

Hilsen
Forskningsetisk komite
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND
TELEFON 38 14 10 00
ORG. NR 970 546 200 MVA - post@uia.no -
www.uia.no

FAKTURAADRESSE:
UNIVERSITETET I AGDER,
FAKTURAMOTTAK
POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO