

# Psykisk helse og åndelig omsorg

«...Vi har jo prest på huset...»

En kvalitativ studie blant ansatte om eget ståsted i forhold til åndelig og eksistensiell omsorg i det psykiske helsefeltet.



Master i helsevitenskap med spesialisering i psykisk  
helsearbeid

Masterstudent: Julie Anne Rosså  
Veileder: Venke Ueland



Det samfunnsvitenskapelige  
fakultet

Institutt for  
helsefag juni 2015

**MASTERSTUDIUM I  
HELSEVITENSKAP  
MASTEROPPGAVE**

**SPESIALISERING: Psykisk helsearbeid**  
**SEMESTER: Høst 2015**

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Julie Anne Rosså**  
**VEILEDER: Venke Ueland**

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel: *...Vi har jo prest på huset...* Psykisk helse og åndelig omsorg –**  
De ansattes ståsted, erfaringer og refleksjoner knyttet til åndelig omsorg i  
psykisk helsefelt

**Engelsk tittel: *...We do have a housepriest...* – Workers view, experiences and**  
reflections related to spiritual care in mentally health field/area

**EMNEORD/STIKKORD:**

Psykisk helsefelt, åndelig omsorg, åndelige og eksistensielle behov,  
salutogenese, recovery, mental health and spirituality.

**ANTALL SIDER: 65**

**STAVANGER**

**Julie Anne Rosså 01/06 -2015**

## **Forord**

Masteroppgaven er ferdig. Det har vært en fysisk, psykisk, emosjonell og åndelig reise som har vært utfordrende, men svært lærerik. Jeg vil takke alle som bidro til at dette prosjektet ble et ferdig produkt. Takk til respondentene! Det har vært et privilegium å få lov til å bli kjent med så fantastiske mennesker og lærere. Det er viktig for meg å belyse tabubelagte områder i det psykiske helsefeltet og det betyr uendelig mye for den syke å kunne føle at man har en sjel i tillegg til et sinn.

Jeg vil spesielt takke min lærer Anne Marie Rovik som med sitt åpne og fleksible vesen har gitt meg styrke og motivasjon til å fullføre dette prosjektet. Min veileder Venke Ueland vil jeg takke for sin behagelige veiledning og unike forståelse av meg som forvirret student. Takk til alle som deltok i studien og gjorde det mulig å skrive denne oppgaven. Tusen takk for fine stunder og for nydelige tanker og sitater.

Jeg vil takke min mann Henrik A. Rosså, for å ha orket å lese gjennom mine arbeider til tross for egne belastninger. Takk for motivasjonen du hele veien har gitt meg og for at du noen ganger har vært både far og mor til våre barn. Takk til mine barn som aldri har klaget når mamma har vært totalt fraværende.

Tusen takk til dere alle!

Jørpeland, juni 2015

Julie Anne Rosså

## Sammendrag

**Tittel/Forord** "*...Vi har jo prest på huset...*" Helhetlig omsorg er et viktig krav i psykisk helsefelt. Åndelig og eksistensiell omsorg er en del av dette. Pasienter har åndelige og eksistensielle behov. Pasienter og profesjonelle kan oppleve åndelig omsorg som et redskap til bedring, hvis pasienten blir møtt på sine behov og den profesjonelle har kunnskap og kompetanse i å gi omsorgen.

**Hensikten** med studiet var å undersøke ståstedet til psykiske helsearbeidere i forhold til åndelige og eksistensiell omsorg i fagfeltet for å belyse utfordringer, meninger, holdninger og refleksjoner i forhold til åndelig omsorg i psykisk helsefelt.

**Forskningsmetode** som ble benyttet var en kvalitativ tilnærming med et semistrukturert forskningsintervju som innsamlingsmetode. Det ble gjennomført intervju med fem ansatte i psykisk helsefelt og en i en kirke. Respondentene fikk utdelt informasjonsbrev med samtykkeerklæring. Intervjuene ble tatt opp elektronisk og data ble transkribert og analysert med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming.

**Funnene** viste at det å utøve åndelig omsorg er avhengig av hvilken kunnskap og kompetanse den profesjonelle har. Studien viste videre at det er noen viktige utfordringer i forhold til det å møte pasienter/brukere på åndelige behov, samt å forstå betydningen av åndelig omsorg i psykisk helsefelt. De profesjonelle assosierte åndelighet med kristendom eller religion, samt at det er hindringer i systemet i feltet som skaper avstand og motstand til å møte temaets personlige preg. Presten viste det seg å være et stort behov for. De profesjonelle var ambivalente der de på den ene siden forsøkte å holde temaet på avstand, samtidig som de hadde stor interesse for åndelig omsorg i psykisk helsefelt.

**Konklusjonen** er at det er behov for å ha fokus på kompetanse og kunnskap om åndelig omsorg både i utdanningene og i fagfeltet, samt å forstå den betydningen åndelig omsorg har for både pasienten/brukeren og den profesjonelle. Undersøkelsen har vist at psykisk helsefelt som system har en egen kultur som ikke fokuserer på åndelig omsorg slik nasjonale føringer og yrkesetiske retningslinjer ønsker. Selv om de profesjonelle har både kunnskap og ønsker å utøve denne delen, så ble de møtt med motstand av måten psykisk helsefelt er organisert på. Det er et behov for å ha fokus på at åndelig omsorg inkluderer mer enn Kristendom religion.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	7
1.2 Forskningsspørsmål.....	8
1.3 Disposisjon for oppgaven .....	9
<b>2.0 Tidligere forskning</b> .....	<b>9</b>
<b>3.0 Teoretisk Rammeverk</b> .....	<b>12</b>
3.1 Teori om Psykisk helsefelt .....	13
3.1.1 Recovery.....	14
3.1.2 Salutogenese.....	15
3.1.3 Struktur og kultur i Psykisk Helsefelt .....	16
3.2 Helhetlig omsorg .....	17
3.2.1 Teori om Åndelig Omsorg .....	18
<b>4.0 Metode</b> .....	<b>21</b>
4.1 Valg av metode.....	21
4.2 Utvalg .....	21
4.3 Datainnsamling.....	22
4.4 Transkribering og analyse .....	23
4.5 Metodekritikk: Validitet og reliabilitet.....	24
4.6 Forskningsetiske vurderinger .....	25
4.7 Egen rolle som forsker.....	26
<b>5.0 Resultater og tolkning av funn</b> .....	<b>27</b>
<b>5.1 Forståelsen av åndelig omsorg i det psykiske helsefeltet</b> .....	<b>28</b>
5.1.1 Definisjon .....	28
5.1.2 Assosiasjon .....	29
5.1.3 Å gi åndelig omsorg .....	29
5.1.4 Åndelige behov .....	30
5.1.5 Respondentenes erfaringer .....	31
<b>5.2 utfordringene i forhold til å utøve åndelig omsorg i fagfeltet</b> .....	<b>33</b>
5.2.1 Frustrasjon .....	33
5.2.2 Avstand, nærhet og motstand .....	34

5.2.3 Taust krav om lojalitet mot systemet og kulturen i fagfeltet .....	34
5.2.4 Psykose og "religion" .....	35
5.2.5 Eget syn og påvirkning .....	36
<b>5.3 Betydningen og viktigheten av å utøve åndelig omsorg</b> .....	<b>37</b>
5.3.1 Åndelig omsorg-Styrke og ulempe for pasientene .....	37
5.3.2 Åndelig omsorg -Styrke og ulempe for den profesjonelle .....	39
5.3.3 I forhold til Føringer og lovverk.....	40
<b>5.4 Behovet for presten på "huset"</b> .....	<b>40</b>
5.4.1 Behov for andre med åndelig kunnskap .....	40
<b>6.0 Drøfting</b> .....	<b>41</b>
6.1 Behovet for å implementere en helhetlig, fast og trygg kunnskap om åndelig omsorg ..	41
6.2 Å forstå betydningen av åndelig omsorg i fagfeltet.....	44
6.3 Behovet for presten på huset .....	47
6.4 Å kunne mestre utfordringene.....	49
6.5 Systemet og kulturen i psykisk helsefelt vedrørende åndelig omsorg .....	53
6.6 Kritiske refleksjoner .....	55
<b>7.0 Konklusjon</b> .....	<b>56</b>
7.1 Studiens betydning for praksis av Åndelig omsorg i psykisk helsefelt.....	58
7.2 Videre forskning .....	58
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>59</b>
<b>Vedlegg</b>	
• Intervjuguide	
• Informasjonsskriv	
• Samtykkeerklæring	
• Godkjenning fra NSD	

## 1.0 Innledning

"En kan i alle fall tilstrebe en sunn sjel, på tross av et skrøpelig legeme" (Schmidt, 2009)

Formålet med denne studien har vært å få innsikt i psykisk helsearbeiderne i psykisk helsefelt sitt perspektiv på åndelig omsorg, og spesielt utfordringer og hvordan de oppfatter tema og utøvingen av dette. Det er gjennomført intervjuer med fem ansatte i et distrikts-psykiatrisk senter og en ansatt i en sjømannskirke, og samlet kunnskap om åndelig omsorg. Det er spurt etter erfaringer, oppfatninger, meninger, holdninger og verdier. Den kunnskapen som er delt har bidratt til å sette fokus på åndelig omsorg i psykisk helsefelt.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg er utdannet sosionom og har arbeidet som psykisk helsearbeider, og det første jeg fikk beskjed om da jeg ble ansatt var at man ikke får snakke om politikk og religion, og det fikk meg til å reflektere og tenke over åndelig omsorg. Selv har jeg også opplevd en åndelig krise og raskt blitt "påført" psykologiske diagnoser og termer. Jeg har vært opptatt av helhetlig omsorg og muligheten til å fordype meg i dette perspektivet fikk jeg med tema åndelig omsorg i psykisk helsefelt i denne oppgaven.

Det har vært naturlig for meg å velge ansatte i distriktpsykiatrien, og for å kunne ha litt bredde, har jeg også valgt en ansatt i en kirke som empiri. Fordi jeg kjenner noe til kulturen og miljøet på denne arena og fordi jeg var i praksis i en sjømannskirke, så ble det lettere tilgjengelig for meg å gjøre studiene her.

I en studie av Hoff (2000), så viser det seg at pasienter ikke føler seg møtt på de åndelige behov, og dette er derfor noe av bakgrunnen for valg av tema.

Psykiske helseproblemer har lenge vært tabubelagt område, men i de senere årene har temaet blitt mer akseptert (Evjen, Øiern, & Kielland, 2012). Åndelig omsorg er nok ennå et tabubelagt område, så derfor med et holistisk syn på omsorg var det viktig for meg å velge åndelig omsorg som tema.

"Et helhetlig syn på brukerne er avgjørende for et godt tilbud "(Rammeplan for 3-årig sosionomutdanning, 2005).

Retten til helhetlig og åndelig omsorg er skrevet i rundskriv (NOU) fra helse og omsorgsdepartementet 1.12.2009, verdens helseorganisasjon og regjeringens føringer. I Stortingsmelding nummer 26 i opptrappingsplanen til psykisk helse står det om helhet og åpenhet. Pasientens behov kommer først og at brukerne avgjør hvilket tilbud som gis ut fra et helhetlig menneskesyn i St.meld. nr.26 ("Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 : Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006," 2003). Forskning viser at et godt åndsliv er en kraft til å bli friskere, herav recoveryperspektivet (Anthony, 1993).

Denne studien ønsker å kartlegge arbeidsfeltet med å lytte til den som utøver omsorgen, slik den lidende mottar omsorgen. Jeg håper kunnskapen kan bidra til å fokusere på et følsomt og fraværende område i det psykiske helsefeltet.

## **1.2 Forskningsspørsmål**

Problemstillingen for denne oppgaven er: "Hvilket ståsted har psykisk helsearbeidere i forhold til åndelig og eksistensiell omsorg i det psykiske helsefeltet? "For å svare på dette spørsmålet har jeg benyttet meg av kvalitativ forskningsmetode. Jeg har intervjuet fem ansatte i psykisk helsefelt både sykepleiere, sosionomer og en diakon som var ansatt i en kirke. De ansatte møter pasienter som er i sorg, krise, avhengighet, psykisk sykdom og ubalanse. Disse er intervjuet for å finne ut hvordan de forholder seg til åndelig og eksistensiell omsorg i psykisk helsefelt. Den ene ansatte i kirken ble spurt samme spørsmål som de andre respondentene i studien. Jeg kunne også valgt en annen problemstilling som: hvilke behov har pasienter med en *affektiv lidelse* i forhold til åndelig omsorg? Men da hadde jeg trolig mistet en del kunnskap, mens det finnes litteratur og forskning som svarer på dette i boka *Grunnleggende behov* (stordalen et.al 2005).

Å få tak i ståstedet til den profesjonelle innebærer å få tak i erfaringer, holdninger, forståelse, forforståelse, tanker, kunnskap, forventninger, frustrasjon, avstand, nærhet og hvordan feltet tilpasser seg og muliggjør denne omsorgen. Ut fra det som kom fram i empirien, forsøkte jeg å undersøke hvilke føringer psykisk helsefelt har om åndelig og



eksistensiell omsorg. Dette for å forstå konteksten det ble forsket i. Det var forskjell på hva en kirke hadde som mål om tema, og hvordan et sykehus omtalte åndelig og eksistensiell omsorg.

### **1.3 Disposisjon for oppgaven**

I neste kapittel 2. presenteres tidligere forskning og resultater av disse.

Kapittel 3. danner det teoretiske rammeverket for studien. Det er teori fra psykisk helsefelt, herav salutogenese og recoveryperspektivet som er aktuelle å bruke som tilnærming i forhold til helhetlig omsorg herunder åndelig omsorg.

Kapittel 4. viser til forskningsprosessen og det blir gjort rede for valg av metode og metodekritikk.

Kapittel 5. inneholder en presentasjon av resultater og funn i studien og tolkning av disse.

Kapittel 6. inneholder drøfting av funnene i lys av aktuell teori og tidligere forskning, for å finne svar på denne oppgavens problemstilling om hvilket ståsted psykisk helsearbeidere har i forhold til åndelig omsorg i psykisk helsefelt.

Kapittel 7. avslutter med konklusjoner og studiens betydning for praksis.

## **2.0 Tidligere Forskning**

For å finne fram til tidligere forskning som er gjort vedrørende åndelig omsorg i psykisk helsefelt og betydningen denne har, har jeg søkt i databasene; *Academic Search Premier, Ovid, SveMed+, Scopus, Psycinfo, Amed, Idunn, CocINDEX, Norat, Cinahl, Google Scholar og Oria* med søkeordene *mental health og spirituality (care) åndelig omsorg og psykisk helsefelt (psykiatri)* fra 1990, først ubegrenset til verden, i andre rekke begrenset til Europa på grunn av mange irrelevante treff. De fleste forskere og forfattere som skriver om åndelig omsorg i psykisk helsefelt trekker fram at det er lite kvalitativ forskning som inkluderer åndelig omsorg i psykisk helsefelt, men søker man på litteratur i forbindelse med sykepleie, kritisk sykdom og diakoni så finnes det

betydelig større omfang. Jeg har brukt noe av denne litteraturen og funnet referanser fra andre oppgaver som bidrag til denne studien. Relevante funn er;

Borge L. (2012) har skrevet to bidrag innen området Åndelig omsorg.

*Pasienters erfaring med sjelesorg i en psykiatrisk klinikk.* Bakgrunn: Det er en økende erkjennelse av betydningen av å ivareta pasienters religiøse og åndelige behov i behandling og rehabilitering av psykiske lidelser. I sykehus blir disse behovene oftest ivare tatt av prester. Hensikten med denne studien var å få fordypet kunnskap om pasienters erfaringer med sjelesorg eller samtaler med prest som en del av behandlingen, og hvilken betydning dette hadde for dem. Konklusjon: Sjelesorg ble opplevd som et nyttig supplement i et tverrfaglig behandlingstilbud. Økt samarbeid mellom prest og helsearbeider kan være et spennende faglig utviklingsområde framover

Borge L. (2012) *Helhet og sammenheng- om å møte eksistensielle og åndelige behov hos mennesker med psykiske lidelser.* Oppsummering: Lengsel etter mening for psykisk lidende pasienter kan forsterke behovet for et åndelig perspektiv og svar på eksistensielle spørsmål. Det kan bidra til mestring hvis de profesjonelle bidrar i pasienters søken etter mening og sammenheng. Mange pasienter har god erfaring ved å dele sine tanker i grupper. Fortellingene deres er et viktig redskap for pasienten. Å forholde seg til hele mennesket innebærer å ta det åndelige og eksistensielle på alvor.

Koslander (2011) har gjort en studie der formålet var å se på betydningen og innholdet av åndelig omsorg for pasienter med schizofrene lidelser. Det ble gjort en kvalitativ intervjuundersøkelse av pasientene med resultatet at åndelig omsorg oppleves som en styrke, opplevelse av myndiggjøring, innsikt og meningsfullhet samt hellighet. De negative sidene er følelse av å sitte i et fengsel av mørke, ensomhet og truet av ondskap. Konklusjonen var at funn fra studier viser at mennesker har både positive og negative opplevelser med åndelighet, og kan ha forskjellige effekter på helsen deres.

Galanter (2010) har skrevet en artikkel om åndelig omsorg og betydning i psykisk helsefelt. Hans konklusjon er at det ikke er "to streker under svaret". Han sier at feltet er preget av medisin-ontologisk tankegang, mens åndelighet er en konstruksjon som er vanskelig å definere operasjonelt. Åndelige behov kan man kun få tak i gjennom samtaler. Han mener åndelig omsorg hører til i feltet, men at fremtidig forskning må få

tak i hvordan denne skal organiseres, finne sin plass og integreres i behandling, rehabilitering og i diagnostisering.

Wagenfeld-Heinz (2008) har gjort en kvalitativ intervjuundersøkelse om hvordan og hvorfor psykologer og psykiatere tenker om åndelige, religiøse og eksistensielle behov i sin praksis. Konklusjonen var at terapeuter i den studien opplevde institusjonelle problemer. Deres ståsted var at tema var en konkurrerende kunnskapsterm. I juridiske sammenhenger med for eksempel spørsmål om erstatningskrav, så ble ikke åndelige problemer godkjent hos forsikringsselskaper. Studien viser at ønsket om mer fokus på åndelighet i psykisk helsefelt, og å bygge en bru fra tradisjonell og alternativ medisinske tilnærminger samt det å overvinne sinn-kropp separasjon i psykisk helsepraksis, kan være urealistisk med mindre de institusjonelle hindringene finner en løsning.

Hoff (2000) har gjort en kvalitativ pasientundersøkelse om hvordan pasienter i akutt psykiatrien føler seg møtt på åndelige behov. Resultatet viser at de ikke føler seg møtt på åndelige behov. De empiriske data synliggjør et uttalt savn etter åndelig omsorg hos pasienter i akuttpsykiatrien. Det tegnes et bilde at åndelig omsorg er et allment og sterkt uttalt ønske om. Respondentene som har et veldefinert forhold til eget livssyn gir uttrykk for et behov for en mer livssynsspesifikk omsorg. Hans funn peker på forhold som han antar er viktige årsaker til at personalet reserverer seg fra å møte pasientens åndelige og eksistensielle behov. Sjenanse og redsel for den intimitet denne tematikken gjerne skaper og utrygghet på eget livssynsmessig ståsted. Opplevelse av manglende innsikt når det gjelder åndelige og eksistensielle spørsmål og redsel for kritikk. Hoff (2000) inviterer til videre forskning når det gjelder årsaksforklaringene på hvorfor ansatte reserverer seg.

Siri Tønnessen (1999) har gjort en studie basert på en fenomenologisk/hermeneutisk tilnærming med det formål å kartlegge hvordan sykepleiere beskriver det å imøtekomme pasientens åndelige behov. Funnene viser at sykepleieren ser at pasienten trenger både en samtalepartner og en praktisk tilrettelegger i forhold til åndelige behov. Karakteristisk for situasjonene er at sykepleieren på den ene side føler ansvar for å gå inn å møte pasientens behov. På den annen side begrenses hun av livsspørsmålenes personlige karakter, berørthet i situasjonen og mangel på tid og kunnskap som gjør at hun opplever å komme til kort spesielt når Gud og døden blir tema i samtalen.

John Foskett, James Marriott & Fay Wilson-Rudd (2004) *Mental health, religion and spirituality: Attitudes, experience and expertise among mental health professionals and religious leaders in Somerset*. – En studie med metodetriangulering, både kvantitativ og litteraturstudie. Resultatene bekrefter samme resultater fra tidligere forskning. Det er lite forskning i forhold til psykisk helse og åndelig omsorg, men fokuset trapper seg opp. Noen av studiene har vist betydningen av psykiske lidelser og den åndelige meningen, noe som har bidratt til å forvandle pasienter erfaringer på en svært positiv måte. Lærere har sagt at det er mangel på opplæring på åndelig omsorg i utdanningene. Det er et behov for å inkludere pasienter i forskning og planlegge samt levere bedre tjenester og kompetanse i psykisk helse felt når det gjelder åndelig og eksistensiell omsorg.

Etter litteratursøk ble det også funnet en kvantitativ studie av George EL-NIMR et.al. *Spiritual Care in psychiatry: Professionals views. 2004*. Denne studien var kvantitativ og jeg anså den derfor ikke relevant, selv om resultatene viste at noen pasienter i psykisk helsefelt har åndelige behov og de profesjonelle må ta ansvar og være forberedt på dette som en viktig faktor i behandlingen.

Oppsummert så er det er mye forskning på tema åndelig omsorg og det satses stadig mer på fenomenet(Werriø, 2013). Mine søk viste at åndelig og eksistensiell omsorg i psykisk helsefelt ga mindre treff, selv om jeg oppfatter at det allikevel er fokus på område. Noen treff på studier fra andre verdensdeler, var jeg usikker på om jeg kunne bruke som relevante, da den norske kulturen kanskje ikke kunne sammenlignes. Jeg har således ikke begrenset min søkehistorikk, men valgt de studiene jeg syns er relevant for å få svar på problemstillingen. Jeg har valgt å avgrense til åndelig omsorg i psykisk helsefelt til generelt og ekskludert åndelig omsorg i forhold til spesielle lidelser i psykisk helsefelt, dette fordi problemstillingen ikke spør etter spesielle diagnoser.

### **3.0 Teoretisk rammeverk**

Som teoretisk ramme for å bidra til å svare på denne oppgavens problemstilling om hvilke ståsted helsearbeiderne i psykisk helsefelt har i forhold til åndelig og eksistensiell omsorg, har jeg benyttet meg av teori fra helsevitenskap, psykisk helsefelt, omsorgsteori og organisasjonsteori. Jeg har også benyttet meg av annen litteratur etter litteratursøk,

blant annet boka "flodhesten i dagligstuen" av Tommy Hellsten (1999) der han skriver om ubalanse i åndeligheten samt når den mangler hos mennesket. Teori om salutogenese og recovery er anerkjente i psykisk helsefelt og disse er benyttet i relasjon til helhetlig og åndelig omsorg fordi det er et interessant perspektiv å belyse åndelig omsorg i.

### **3.1 Teori om psykisk helsefelt**

Psykisk helse og omsorg blir omtalt som en mangefasettert, med hensyn til mennesker i forskjellige livsfaser, under forskjellige livsbetingelser og i ulike kulturer. Det er et helt menneske som erfarer sin psykiske helse. I tillegg til å være psykisk viser vår helse seg også sosialt, fysisk og eksistensielt (Karlsson & Borg, 2013 s.19). En arbeidsmodell blir presentert som en hermeneutisk tilnærming hvor personen er i sentrum som en handlende og kompetent aktør i slitt liv med sin livskontekst og kultur, personens meningsfulle og ønskede virksomheter. Hjelpetiltak er som samarbeidene og dialogiske praksiser innenfor all virksomhet som har med psykisk helse og gjøre (Ibid). Feltet psykisk helsearbeid utfolder seg på mange måter, på mange nivåer og ulike arenaer. Det kan være privat, kommunalt eller nasjonalt ansvar.

I denne studien er sammenhengen gjort i et felt hvor det er statlig ansvar. Resultatene må derfor sees i denne konteksten. Dette innebærer at tjenestene er delegert til personer med spesialisert formell kompetanse i et nokså rutinepreget og institusjonalisert felt. Utfordringen i psykisk helsearbeid er i følge Leenderts (2014) å finne balansen mellom avstand og nærhet, den gode balansen mellom støtte og utfordring og balansen mellom selvstendighet og overformynderi. Det kan være avstand mellom institusjonen og pasienten, noe som kan virke truende for pasienten, derfor er det stadig viktig å minne om betydningen av å bli møtt med respekt for sine individuelle behov.

Haugsjerd og Napha (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) skriver at psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse, og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøtning. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og mulighet for å mestre hverdagen samt skape inkluderende miljø

(Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2/2008). Derfor tar de på alvor brukererfaringer og inkluderer disse på erfaringskompetanse.no og fronter ansettelse av erfaringskonsulenter i psykisk helsefelt.

### **3.1.1 Recovery**

Sentralt i forståelsen er at *bedring er en personlig prosess hvor målet er at individer skal gjenvinne kontroll over sitt liv, gjenskape tilhørigheten til nærmiljøet, og få et meningsfullt liv på tross av de begrensningene som lidelsen kan forårsake* (Napha s.28 2012). Recovery er en dypt personlig og unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltakende og fylt av håp, selv med de begrensningene lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv (Anthony, 1993). Recoveryperspektivet forstås som at det har mer fokus på de tilleggsbelastningene som følger med psykisk lidelse som tap av selvfølelse, innflytelse, mening i tilværelsen og framtidshåp (Napha 2012).

Forskningsprogrammet REFOKUS i England har funnet sentrale elementer som er viktige i bedringsprosess for de som har psykisk lidelse. Dette er myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv, tilhørighet med andre, håp og optimisme med tanke på fremtiden og å finne mening og hensikten med livet, samt nyetablere en positiv og sosial identitet (Schmidt, 2009).

Recoveryorientert praksis er det fagpersonene gjør for å støtte pasienten i sin bedringsprosess. Fagpersonene må ha kunnskap om hvordan man søker mening i tilværelsen og ha tid og ro til å samarbeide med pasienten om det pasienten opplever betydningsfullt (Karlsson & Borg, 2013). Internasjonalt er recovery fremhevet som retningsgivende for psykisk helse- og ruspolitikk, og er styrende for praksiser i en rekke land. Recovery handler ikke om en ny metode, men om en grunnleggende holdning til personer og praksiser. Fokus skal være på det friske, det som styrker. Recovery kan også være kunnskap om egen sykdom, det å vite mest mulig gir en bedre forståelse. Recovery kan være et ønske om seponering av medisin. Det kan være deltakelse i en selvhjelpsgruppe, eller en åndelig tilhørighet innen en religion. Recovery kan også være en meningsfull aktivitet, noe å fylle hverdagen med. Recovery er kunnskap gjennom

levd erfaring ([www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no)). Det mest sentrale i recovery innen psykisk helsearbeid er at det legges vekt på håp i det daglige og for framtiden, samt å gjenoppbygge personlig og sosial identitet ved å gjøre det som er virkningsfullt for pasienten sammen med andre og med pasienten i førersetet.

Psykisk helse og uhelse må forstås som livserfaringer og uttrykk integrert i det hverdagslivet. Recovery perspektivet forstår psykisk helse etter hva som står på spill og inntar en ikke vitende posisjon og lytter etter mening hos det andre mennesket. Forståelse og intervensjoner knyttes til innsatser for å overvinne det som hindrer personen i å ha et godt liv (Karlsson & Borg, 2013).

### **3.1.2 Salutogenese**

Antonovsky beskriver at salutogenese er aktiviteter som styrker eller fremmer helsen vår. Det kan forstås som et kontinuum på en akse mellom absolutt sykdom og fullstendig sunnhet (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Evnene til å nyttiggjøre sin egen kapasitet til å bruke tilgjengelige ressurser, ble kalt følelse av tilhørighet eller "sense of coherence". Med andre ord evnen til å finne mening i tilværelsen. Empowerment er et begrep som er sentralt i salutogenese. Det kan oversettes med "det å vinne større makt og kontroll over". Motsetninger til salutogene er patogenese som er sykdomsfrembringende faktorer.

Mennesker med psykiske utfordringer trenger støtte til å legge til rette for det han/hun selv ser på som virkningsfullt, for eksempel tur ut i frisk luft eller sosialt felleskap. Hvert individ vil gjennom ulike aktiviteter kunne oppleve en indirekte effekt med følelse av livsgnist, inspirasjon og lyst til rehabilitering (Ibid). Antonovsky poeng er at man må endre fokus mot å studere hva som gjør at folk opprettholder og utvikler helse og hva som bidrar til at mennesket mestrer lidelse på tross av høyt stressnivå. Det blir viktig å identifisere de faktorene hos en person som demper, letter eller fjerner stressorer som bidrar til uhelse. Det er personens opplevelse av tilværelsen som meningsfull, forståelig og håndterbar som er det sentrale. Det enkelte mennesket må få lov å ta ansvar for seg selv, og å frata det ansvar, er å frata det menneskeverdet (Ibid). Antonovsky hevder at en viktig salutogen faktor er evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

### 3.1.3 Struktur og kultur i psykisk helsefelt

Den norske filosofen Hans Skjervheim (1965) setter dagsorden med å si: *Filosofien må vera den nødvendige uroa som sår tvil, og gjer det som har vorte for lett, tyngre, slik at det kan få den rette tyngda i seg att* (Her av Aamodt, 2006).

Det tradisjonelle medisinske paradigmet har problemer med begrepet Empowerment, som å gi ifra seg makt og styring fra "ekspertene" til seg selv (Karlsson & Borg, 2013). Deltakerne må ha en styrende rolle i aktivitetene, noe som kan vekke motstand hos fagpersonellet (Tellnes, 2007).

Alle felt har en struktur og en kultur og hvis vi skal kunne endre denne, så må det en radikal endring til. Anthony Giddens (Rønning 1994) beskriver struktur som bestående av regler og ressurser. Vi kan være ubevisst disse regler og ressurser. Formen kan framtre som praktisk bevissthet eller taus kunnskap. Reglene og ressursene som på ulike måter forutsettes, gjør at handlinger får preg av institusjonalisert praksis. Praksisen reproduseres og vedlikeholder de samme strukturene. Giddens sammenligner det med grammatikken i språket vårt som et sett av regler og struktur vi i det daglige tar for gitt og forholder oss til samt regner med andre også forholder seg til det. Vi handler innenfor sosiale relasjoner som allerede er institusjonelt ordnet, som igjen reproduserer og vedlikeholder strukturen i psykisk helsefelt. Kunnskap og kompetanse gir uttrykk for å være vitenskapelig og sann. Den er evidensbasert (Ekeland, 1999). Den strukturen som bare er og vi tar for gitt. Habermas kaller strukturens identitet for *doxa*- Et uttrykk for det univers vi tenker, forstår og handler ut i fra. Strukturens identitet og kulturen som bare alle godtar og ikke stiller spørsmål ved, men bidrar til å opprettholde.

Vi må være radikale skriver Aamodt(2006) i sin artikkel *Den nødvendige uroa*. Pasienten både utfordrer det bestående og underlegger seg de dominerende tenkemåter og miljø. Derfor sier hun at brukerperspektivet fører oss inn i *individualistiske tilnærminger uten å se at det vi i hjelpeapparatet møter som individuelle og personlige historier på samme tid er uttrykk for strukturelle og kulturelle forhold*. Vi må gå til roten av, være radikale dersom det bestående skal kunne endres (Aamodt m. fl. 2002). Til tross for asymmetrien i maktforholdet hjelper og pasient, kan det utvikles relasjoner som kjennetegnes av at begge parter viser respekt for hverandre, personale er åpne og viser interesse for pasienten som en hel person og pasienten kjenner hun har



noe å gi (Barbosa da Silva, Hugaas, & Ljungquist, 2006). Det dominerende fagmiljø i feltet psykiske lidelser har i hovedsak vært medisinsk tenkning og kanskje ikke legger vekt på hva brukerne selv erfarer som virksomt (Karlsson & Borg, 2013). Aarre hevder den medisinske modellen er utilstrekkelig og grunnlaget for hvordan vi har organisert psykiske helsetjenester faller (Aarre, 2010). Gadamer (2003) retter også kritikk til den moderne vitenskapen som han mener har tatt bort mulighetene for å bruke menneskers egne erfaringer, og menneskene blir på den måten overlatt til ekspertene, mer uansvarlige og hjelpeløse i sine egne liv. Han mener vi trenger noe av naturens og åndens selvlegende kraft. Kroppen er ånd, og det levende er ånd, og sånn er det med hvert enkelt av oss, både hos den som mottar hjelp og hos hjelperen hevder han. Derfor må menneskets meningsfulle sammenheng være et viktig fokus når en skal hjelpe mennesker til bedring. Vi er vant til å tenke på helse og sykdom som biologiske forstyrrelser, noe som handler om menneskers kropp og ikke personen selv, eller eget liv i videre sammenheng. I forhold til mennesker med psykiske lidelser blir vi for opptatt med å behandle symptomet og ikke personen (Gadamer, 2003). Erfaringskompetanse.no (2014) sier om psykisk helsefelt at "*det er ikke godt, når man er som mest sårbar i livet, å møte dette kuldegiset! man trenger mer enn noen ganger å bli tatt i mot med varme og omtanke*".

### **3.2 Helhetlig omsorg**

Helheten er langt mer enn summen av alle delene. Dette kommer til uttrykk i offentlige dokumenter (St.meld.nr. 26-1999-2000) "*Et heilskapleg menneskesyn basert på mennesket som kropp sjel og ånd*" (Leenderts, 2014).

Jeg tar utgangspunkt i Kari Martinsen sin forståelse av omsorgsbegrepet og tolker dette som at omsorg er å leve seg inn i den psykisk lidende pasientens selvforståelse, livsopplevelse og ha respekt for det som er viktig for han. Martinsen mener omsorg er grunnleggende forutsetning fra fødsel til død (Overgaard, 2003).

Kathie Eriksson skriver i sin bok om Hålsans idé (1984) at omsorg er et relasjonelt begrep som tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn hvor felleskapet interesser settes i sentrum og tillitt er et sentralt begrep. Helsen har ingen betydning om ikke livet selv har en mening. Omsorg har et handlingskrav med utgangspunkt å forstå

hva som er det beste for den andre. Hjelpen gis betingelsesløst ut fra den trengende behov og situasjon. Omsorg bygger på moralsk bruk av makt, å handle fornuftig ved å se kontekst, den involverte og etiske verdier og normer. Omsorgsarbeid er først og fremst når den går over i en forpliktende relasjon (Ibid). Helsepersonell skal ta hensyn til pasientens ulike dimensjoner, for eksempel kropp og sjel, eller kropp sjel og ånd (Barbosa da Silva et al., 2006 s.113).

FN mener at all omsorg er basert på respekten for det enkelte menneskets liv og egenverd, uansett rase, religion, farge, kjønn, politisk oppfatning, nasjonal eller sosial sammenheng (FNs art.18 Tanke, religion og ytringsfrihet).

Helse er en helhetstilstand, der vi finner mening med den verden vi lever i (Danbolt & Nordhelle, 2012 s.125). Vi må forstå lidelse utfra en biopsykososial modell, der også pasientens åndelige og eksistensielle sider har en betydning (Magelssen, 2011).

### **3.2.1 Teori om åndelig omsorg**

Åndelig omsorg defineres som "det å være oppmerksom på pasientens eksistensielle spørsmål og ressurser, Å lytte til den mening disse har i pasientens livshistorie samt hjelpe pasienten i hans arbeide med eksistensielle spørsmål med utgangspunkt i hans eget livssyn (Stifoss-Hanssen & Kallenberg, 1998). Åndelige og eksistensielle behov defineres av Hoff (2000) som " *Et uttrykk for de fellesmenneskelige ønsker og håp som kommer til uttrykk i de spørsmål vi stiller om sentrale forhold ved vår menneskelige tilværelse og vår selvforståelse*". Den eksistensielle eller åndelige dimensjonen omfatter personens grunnleggende verdier, tanker om hva som gir livet mening, og religiøse eller ikke religiøse oppfatninger (Magelssen, 2011). I møtet med mennesker med psykiske lidelser kan vi ofte fornemme deres følelse av meningsløshet, som kan komme til uttrykk gjennom sosial isolasjon, ensomhet, depresjon og angst. For noen kan troen lindre ensomhetsfølelsen, og gi den mulighet til kontakt. Å bli møtt med anerkjennelse på tro og spirituelle behov så øker deres eksistensielle og religiøse ressurser, og nederlag går over til mestring (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Helhetlig omsorg innebærer også åndelig omsorg. Et godt arbeidsredskap for å forstå åndelig omsorg er å bruke en definisjon. Verdens helseorganisasjon har definert helse som en tilstand av velbefinnende som en skal realisere sine evner, arbeide og mestre

sine utfordringer i hverdagslivet (WHO, 2007). God åndelig helse er avgjørende for en psykisk fungering og helhetlig fungering.

Retten til åndelig omsorg står i FN's art.5.2 om døendes rettigheter: "*Jeg har rett til å drøfte og gi uttrykk for mine religiøse og eller åndelige/eksistensielle opplevelser uansett hva de måtte bety for andre*" (NOU, 1999).

I lov om psykisk helsevern (pHvl) sies det i formålsparagrafen at loven skal fremme folkehelsen og motvirke sykdom og lidelse. Det å oppleve tap, fortvilelse, sorg og håpløshet samt ha behov som ikke blir sett, kan oppleves som lidelse. Åndelige lengsler og behov er blant disse ([www.lovdatabank.no/1999-07-02-62](http://www.lovdatabank.no/1999-07-02-62)).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, vernepleiere og sosionomer er basert på følgende grunnleggende prinsipper (Fo.no/2002): Respekt for livets ukrenkelighet, respekt for menneskets egenverd, solidaritet for de svakstilte, helhetlig menneskesyn samt rettferdighet, solidaritet og ansvarlighet (*Rammeplan for 3-årig sosionomutdanning*, 2005).

Ånd er en del av mennesket som dreier seg om evige spørsmål om tilværelsens egentlige mening og om menneskets forhold til det som går ut over det materielle. Det greske ordet for ånd er "pneuma" som kan oversettes som livspust (Simen 1990, her av Klara Lie, 2002). Åndelighet er en integrerende kraft som skaper mening med livet, skaper felleskap med individer og er basert på individuelle oppfatninger, verdier og tro (Lie, 2002). Begrepet åndelighet vil være avhengig av hvor stor vekt mennesket legger på åndsdimensjonen i sitt liv (Schmidt, 2009). Det vil si at tjenesteyteren hjelper den enkelte tjenestemottakeren slik at vedkommende får dekket sine åndelige behov, med bakgrunn i et helhetlig menneskesyn (Dahle & Torgauten, 2010). Åndelig omsorg innebærer eksistensielle spørsmål som kan defineres som;

*"Alle de spørsmål eller undringer som er innebygd i det å være menneske, og som ethvert menneske før eller senere, mer eller mindre hardhendt blir tvunget til å konfronteres med- kalles eksistensielle spørsmål* (Wikstrøm, 1994 ).

Grunnprinsipper for åndelig omsorg

- ❖ Åndelig omsorg skal inngå som en del av den helhetlige omsorgen til pasienter og pårørende. Behov for åndelig omsorg skal kartlegges på en forsvarlig måte etter pasientens ønske.
- ❖ Pasientens åndelige behov kan endres over tid, derfor må pleieren alltid være oppmerksom på behovene
- ❖ Pasientens egenart og verd, skal alltid respekteres, gjennom å beskytte og styrke hans verdighet, integritet og identitet. Kommunikasjon om tema krever varsomhet (Helse og omsorgs Dep. HOD, 2002)

Åndelighet inkluderer livssyn og kan være felles lære eller filosofier, men også enkeltmenneskers egne vurderinger, overbevisninger og opplevelser av livet (Stifoss-Hanssen & Kallenberg, 1998 s.26).

Ueland (2013) viser til den kraften og styrken åndelighet kan være for pasienten. Hun viser til resultater fra hennes avhandling med følgende at studiens resultater munner ut i en teorimodell om lengselens vesen. Forståelsen for de dypere helsebevegene er blitt utdypet gjennom abduksjon. Lengsel utfolder seg i perspektivene lidelsen og kjærlighetens grunnlag. Alle materialene gir bevis for at menneskets indre kjærlighetens kilde kan knyttes til lengsel. Når mennesket åpner opp sitt liv i et større perspektiv, kjærlighet, kan mennesket erkjenne tomhet og tap. Ved å gi rom for fortvilelse i en indre gjennomsiktighet, ved indre samtale, kan mennesket åpne opp for lengsel. Lengsel gis retning i en relasjon mellom mennesket og kjærlighetens kilde. Helligheten i menneskets indre kilde er den dynamiske kraften i lengsel, fordi helligheten i kjærlighetens kilde alltid er mer enn lidelse og det partikulære. Det hellige i lengselen møter hjertets dypeste søken. Dette frigir kraften i det lidende mennesket som omformer, fordyper og forsoner livet og lidelsen. Kraften som frigis fra lengselen er en nøkkel til å forstå menneskets lidelse i relasjon til kjærlighetens kilde som leder mot helse.

## **4.0 Metode**

### **4.1 Valg av metode**

Metodisk tilnærming vil si hvordan en systematisk skal gå frem for å få informasjon om det fenomenet en ønsker å studere, og hvordan den informasjonen en innhenter skal analyseres (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010).

Kvalitativ metode søker kunnskap om menneskers livsverden og fenomener som er uklare og eller har lite forhåndskunnskap. Konteksten har en betydning og informantene er bevisst valgt fordi de har kjennskap til fenomenet. Kvalitativ metode forsøker å forstå erfaringer, ser helheter, mangfold, oppfatninger og ser essens i et tema. Det kvalitative forskning intervju er en hverdagslig samtale, med mål om å få fram erfart kunnskap og empiri (Ibid.)

Forskningsintervju er "et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkninger av de beskrevne fenomenene (Kvale, 2001 s.21). På grunn av problemstillingens art som var å finne "ståsted" om meninger til mennesker som arbeider i psykisk helsefelt, så ble det valgt kvalitativ forskningsmetode og forskningsintervju som innsamlingsmetode. I funnene og presentasjonen av disse vil materialet bli tolket, derfor har oppgaven en hermeneutiskfenomenologisk tilnærming inspirert av Malterud (2011) og Kvale & Brinkmann (2009).

### **4.2 Utvalg**

Utvalget bestod av fem respondenter fra psykisk helsefelt og en fra åndelig helsefelt (kirke). I forhold til inklusjon og eksklusjonskriterier så var jeg åpen for alle psykisk helsearbeidere, men fordi oppgavens fokus er åndelig omsorg valgte jeg en respondent fra en kirke for å få dybde i kunnskapen. For å få tilgang til feltet så ble det sendt brev til forskjellige psykisk helsefelt hvor jeg fikk hjelp fra avdelingsledere som rekrutterte respondenter for meg. Responsen var større enn jeg hadde forventet og måtte derfor tidlig takke nei til noen. Begge kjønn var representert og aldersmessig var det fra 36-67 år. Respondentene bestod av sykepleiere, sosionomer, annen bakgrunn og en diakonal medarbeider. Respondentene hadde stort sett høyere utdanning og noen hadde fra 2 til 20 års arbeidserfaring innen psykisk helsefelt. Jeg var bevisst på at kunnskap vil bli

påvirket av hvor man henter informasjonen fra. Hvis man søker kunnskap fra mennesker man er enig med, kan man ikke forvente å utvide forståelsen (Malterud, 1996). Den tause kunnskapen ble forsøkt ivaretatt gjennom nedtegning av kroppsspråk, mimikk og uttrykk under intervjuene.

#### Generelt om respondentene

Respondentene framsto som samtale lystne og åpne under intervjuene. En respondent hadde bakgrunn med å ha overlevd kritisk sykdom og selv opplevd hvordan åndelighet ble hans styrke. To av respondentene framstod som kristne. Respondentene var overaskende interessert i emnet og hadde mange gode refleksjoner og erfaringer å dele.

### **4.3 Datainnsamling**

I denne studien har jeg tatt utgangspunkt i fenomenologisk inspirert intervju og en fortolkende og hermeneutisk tilnærming til materialet inspirert av (Malterud, 2011). Studien ønsket å finne respondentens meninger, holdninger, følelser, forventinger, beskrivelser, erfaringer og tolkninger og valgte derfor å benytte intervju som metode. Kvale (2001) skriver at fortellinger og samtaler blir sett på som viktig i arbeidet med å få tilgang til kunnskap om vår sosiale verden også vitenskapelig kunnskap. Intervjuet er en samtale mellom to hvor en utveksler erfaringer og synspunkter. Intervjuet fanger opp en stor del av meninger, refleksjoner og nye perspektiv som kan utvikles og forsket på. Den menneskelige samhandlingen produserer kunnskapen (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009).

Den kvalitative metoden kjennetegnes ved at studiet er lite i omfang, men forskningen kan gå i dybden. Derfor så jeg det som relevant å velge det kvalitative forskningsintervjuet som metode. Intervjuene ble tatt opp på et lydopptak på en Ipad som ikke hadde tilgang til internett. Jeg noterte ned det jeg registrerte i intervjusituasjonen av erfaringer som ikke kan fanges på opptak. Intervjuene ble så transkribert og beholdt til oppgaven var ferdig. På denne måten kunne jeg alltid gå tilbake til det originale materialet for å lytte igjen og igjen, på jakt etter utsagn og beskrivelser. Hele materialet ble anonymisert og behandlet med forsiktighet.

#### 4.4 Transkribering og analyse

En kvalitativ intervjuundersøkelse krever tolkning av data og finne meningsinnholdet i materialet. Det var derfor hensiktsmessig å gjøre en fenomenologisk innholdsanalyse. Jeg er inspirert av Malteruds innholdsanalyse. I følge Malterud (2011) består denne analysen av fire trinn.

- Helhetsinntrykk
- Meningsbærende enheter
- Kondensering
- Sammenfatning

I første del av analysen leste jeg igjennom hele intervjuet for å gripe helheten. I den fasen var helheten viktigere enn detaljene. Jeg var på jakt etter sentrale og interessante temaer. I denne delen fikk jeg inntrykk av at respondentene forsøkte å ta litt avstand til tema, samtidig som det allikevel var godt å få snakket om. Jeg fikk inntrykk av at tema åndelig omsorg var tabubelagt og litt "forbud" område. Jeg delte materialet inn i temaer og festet meg de temaene som stod frem i teksten.

*Det ble funnet følgende fire temaer:*

1. Respondentenes vurdering av hvordan de forstår åndelig omsorg i psykisk helsefelt.
2. Respondentenes erfaringer med hva som er utfordrende i forhold til åndelig omsorg.
3. Respondentenes mening om hvilken betydning åndelig omsorg har i psykisk helsefelt.
4. Respondentens utsagn om behov for prest på huset.

I andre del av analysen ble stoffet samlet og organisert til det stoffet som ble analysert videre. Dette ble gjort ved å lese gjennom tekstene sitat for sitat og temaene ble gjort om til grupper for å finne meningsbærende elementer, ved å klippe ut sitater og sortere etter grupper og tema. Jeg samlet sitatene og la de i tilhørende gruppe. Materialet ble systematisert på nytt (kodet). Deler av tekstene ble hentet ut for at den skulle sees i sammenheng med tekstavsnitt.

Ved en gjennomgang av de fire opprinnelige tema, så ble disse temaer med undertemaer grunnlaget for analysen og videre til drøfting.

1. "Å forstå åndelig omsorg" -Identifisere den åndelige og eksistensielle dimensjonen hos respondentene gjennom forståelser, definisjoner, assosiasjon, tekster om hvordan utøve, åndelige behov, lengsler og erfaringer.
2. "Utfordringene i forhold til åndelig omsorg" -Identifisere frustrasjoner, følelser, motstand, egen forhold til åndelighet og utfordringer i konteksten.
3. "Betydning av åndelig omsorg i psykisk helsefelt" -Identifisere utsagn fra respondentene hva åndelig omsorg betyr for pasientene, psykisk helsearbeidere og i forhold til nasjonale føringer og lovverk.
4. "Psykisk helsearbeidernes behov for prest på huset" Identifisere respondentenes forhold til prest og andre med mer kunnskap om åndelig omsorg.

I tredje del kondenserte jeg ved å konsentrere teksten ytterligere ved å skille ut delene av temaene som respondentene var opptatt av. Det ble laget en tabell som vedlegges i kapittel 5.

I fjerde del vurderte jeg om det inntrykket jeg fikk i det opprinnelige sammendraget var i samsvar med denne sammenfatningen. Temaene fra andre del ble brukt i drøftingen som siste steg av analyseprosessen. Jeg har vært lojal mot respondentenes stemmer ved å bruke sitater for å beskrive mine funn. Jeg har funnet temaer som alle respondentene hadde mening om og som fremstod som viktig (Malterud, 2011).

Når analysen var ferdig ble resultatene fortolket i lys av teori som beskrevet i kapittel 3, som var relevant for å få svar på oppgavens problemstilling.

#### **4.5 Metodekritikk: Validitet og reliabilitet**

Gjennom hele studien har jeg vært opptatt av gyldighet og pålitelighet slik som Kvale og Brinkmann skriver (Kvale et al., 2009). En studie er gyldig hvis den undersøker det den skal undersøke. Jeg har samlet inn data som jeg ser relevante for problemstillingen.



Jeg har foretatt korreksjoner underveis, når jeg oppdaget at det var andre momenter enn det jeg i utgangspunktet tenkte på som viktig for problemstillingen. Respondentene fikk snakke fritt og ta opp ting de selv tenkte var viktige. Prosessen har vært fleksibel underveis slik at spørsmål kunne endres. Nøyaktigheten eller påliteligheten viser til at flere forskere kan gjennomføre samme undersøkelse og få samme resultat gitt at det blir gjort i samme kultur og tid. Tidligere forskning viser at resultatene samsvarer med denne studien. Gjennom studien er det blitt gjort mange tolkninger og ingen forskere legger merke eller tolker det den ser på samme måte, derfor vil min personlighet og det jeg har lagt merke til prege denne oppgaven, men jeg har tilstrebet og ikke latt meg påvirke så mye som mulig under hele prosessen, selv om jeg ikke kan legge skjul på at min forforståelse har preget denne oppgaven, også i valg av litteratur og hvilken teoretisk ramme oppgaven blir belyst i. Jeg har hatt høy grad av nøyaktig nedtegning av alt som har blitt sagt og hvem som har sagt hva slik at data ikke blir tatt ut av sin sammenheng, selv om anonymiteten er forsøkt ivarettatt i selve oppgaven (Kvale et al., 2009).

#### **4.6 Forskningsetiske vurderinger**

Studien ble søkt om til Norsk samfunnsfaglig datatjeneste (NSD) og ble funnet som ikke meldepliktig (vedlegg 4). Respondentene underskrev samtykkeskjema som var informert om ved rekruttering og rett før intervjuene. Forskningsetiske komiteer sier at et samtykke skal være frivillig og selvstendig og respondentene skal ha sann informasjon som er basert på et informert samtykke og kunne trekke seg fra studiet når som helst i forløpet (etikkom.no).

Respondentene ble rekruttert av avdelingsleder, noe som kan innebære en ulempe med myndighetsutøvelse, derfor ringte jeg og bekreftet deltakelse fra hver respondent på ny før selve intervjuet. Når man skal forske i menneskeverden, så skal det ikke alltid mye til før man trør et menneske over sin grense. Det er viktig å følge etiske og nedskrevne lover og regler samt tilstrebe god menneskelig høflighet ved å respektere dens grense. I denne studien hadde jeg forventet naturlig motstand til tema, da det kan være nærhet og personlighet i forhold til temaets art. Min framtoning var derfor å ufarliggjøre tema på en måte som ikke påvirket data i vesentlig grad. Jeg hadde høy grad av åpenhet og

imøtekommenhet som forsker i intervjuelasjonen. Jeg var hele tiden bevisst egen rolle som fagarbeider og masterstudent. Jeg har også tatt med mine kunnskaper om relasjoner, tillitt, lytteteknikk og varhet (K. Malterud, 2002). Jeg brukte nummer i stedet for navn på skjemaene under selve intervjuene for å kunne aidentifisere respondentene. Jeg oppbevarte identifiserbare personopplysninger innelåst i papirform uten tilgang til elektroniske sendere. Alle lydfiler og pairer ble slettet ved prosjektets slutt. I utvelgelsen redegjorde jeg for mitt faglige ståsted som sosionom og hvilke teoretiske referanserammer jeg ville belyse data innenfor. Jeg har tilstrebet å følge kravene om informert samtykke, krav på privatliv og rett til å bli korrekt gjengitt. Dette er blitt gjort ved og hele tiden å følge opp svar fra respondentene ved og spør på ny om jeg har tolket svaret riktig (forskningsetiske komiteer 2009).

#### **4.7 Egen Rolle som forsker**

Forskerrollen er en rolle som krever en hårfin balanse mellom å komme for nært og ha avstand nok til at det ikke blir for langt eller for nært. Som forsker må jeg være bevisst på at det er fare for å krenke mennesker når de utleverer seg selv, derfor har jeg vært varsom i min ellers utadvendte framtoning og unngått å mene så mye i intervjusituasjonen. Kunnskap er et produkt av menneskelig persepsjon, tolkning og samhandling (Malterud, 2011).

Min forforståelse er preget av eget arbeid i et psykisk helsefelt hvor min erfaring er at religion er tabubelagt og nesten forbudt å snakke om. Jeg har selv opplevd en personlig krise hvor livet grep så åndelig rundt meg hvorav jeg ikke ble møtt på mine behov. Jeg har kunnskap om sosialt arbeid og har genuint interesse innenfor helhetlig omsorg i psykisk helsefelt. All denne kunnskap og erfaringer har preget meg og har hatt betydning for min tolkning av svarene og valg av teori som jeg har belyst problemstillingene i. Jeg har vært svært bevisst egne holdninger og min forforståelse, slik at det ikke har påvirket studiens gyldighet og troverdighet. Jeg håper jeg har vært objektiv nok i min tolkning og hva jeg har valgt å fokusere på.

## 5.0 Resultater og tolkning av funn

### *...så får de snakke med prest...<sup>1</sup>*

I dette kapittelet presenteres studiens resultater etter tema slik de framstod i analyseprosessen. I presentasjonen vil respondentenes utsagn bli benyttet for å formidle deres stemme (Malterud, 2011). Det er benyttet (...) i sitatene for å vise til steder der lenge irrelevant tekst er fjernet. Noen sitater er skrevet på dialekt for å vise kraften i argumentene. Gjennom analyseprosessen framstod det fire hovedtema. Det første tema var knyttet til forståelsen av fenomenet åndelig omsorg i fagfeltet. Det andre temaet handlet om utfordringene i forhold til å utøve åndelig omsorg. Det tredje tema dreide seg om betydningen og viktigheten av å utøve åndelig omsorg i fagfeltet og det fjerde temaet handlet om presten på "huset". En oversikt over studiens funn er vist i Tabell 1.

**Tabell 1: Oversikt over studiens funn**

1. Forståelsen av åndelig omsorg i det psykiske helsefeltet	2. Utfordringene i forhold til å utøve åndelig omsorg	3. Betydningen og viktigheten av å utøve åndelig omsorg	4. Presten på "huset"
- Definisjon	- Frustrasjonen	- Styrke og ulempe for pasientene	- Behov for prest
- Åndelig omsorg blir assosiert med kristendom	- Motstand, nærhet og avstand	- Styrke og ulempe for den profesjonelle	-Behov for andre med kunnskap om åndelig omsorg
- Hvordan gi åndelig omsorg	- "Taust" krav om lojalitet til system	-I forhold til føringer og lovverk	
- Åndelige behov.	- Psykose og "religion"	-	
- Respondentenes erfaringer.	- Eget syn og påvirkning		

<sup>1</sup> Jeg velger å sette sitat fra respondentene i kursiv for å skille de bedre fra sitat fra annen tekst.

## 5.1 Forståelse av åndelig omsorg i det psykiske helsefeltet

Når respondentene beskriver åndelig omsorg som fenomen i psykisk helsefelt, kan dette deles inn i underkategoriene; "definisjon", "assosiasjon", "å gi åndelig omsorg", "åndelige behov hos pasienter" og "respondentenes erfaringer".

### 5.1.1 Definisjon

Respondentene var noe delt hvordan de ville beskrive hva åndelig omsorg var. De ble presentert at åndelig omsorg handler om håp og tro og det å være til stede for pasienten. Det handler om å tro på en større dimensjon, godhet og kjærlighet. Å være til støtte og til hjelp for å opprettholde troen og gi håp om mening med livet.

*...eller så tror eg at for mange, i forhold til dette med håp ... eg tenke at dette med håp om mening med livet, så kan det for noen, hvis de har en sånn forankring gjør , at det gir en mening, at de er en del av en større helhet, at de ikkje bare dette livet her og nå, men smerten de bærer for seg selv...*

Flere respondenter nevner at åndelig omsorg er en del av helheten i forhold til det å utøve omsorgen. Vi kan se på dette på samme måte som at de har fysiske og psykisk behov.

*...en helhetsforståelse på lik linje med det fysiske og psykiske...me må respektera ka det er...*

Sitat viser at åndelig omsorg handler om hvordan man gir og tilrettelegger denne samt hvordan man ser og møter disse behovene. Gjennom samtalene var respekt et ord som ofte ble nevnt. Respondentene var ikke ensidig hvordan de ville definere åndelig omsorg, men det var et vanskelig spørsmål og respondentene svare ofte med hvordan omsorgen kan utøves, i stedet for å definere den. Sitater viser at åndelig omsorg var å høre på historier og la folk få være den de var. Åndelighet er håp, tro på noe større enn seg selv og være til stede for pasienten og gi støtte. Åndelighet er helhetlig omsorg og en del av mennesket

*...det må ver lov for den enkelte å snakka om åndelige ting...ikke pådytta noe, men hvis pasienten har et behov...så kan en jo snakka om det åndelige med pasienten, og en kan*

*dele tro og respektere hverandre, me har forskjellige ståsteder... først og fremst ivareta pasientens behov...*

### **5.1.2 Assosiasjon**

Under intervjuene hadde intervjuer og respondent ikke blitt enige om en definisjon eller et utgangspunkt om fenomenet åndelig omsorg, men intervjuer oppdaget tidlig at dette fenomenet ofte ble assosiert med kristendom eller annen religion. Det ble ofte nevnt at det handler om å legge til rette for at de kan delta på møter eller å lese i bibelen.

*...eg har jo ikkje tenkt så veldig mye på det, men eg legge vel litt mer åndelig for meg og kanskje for mange av oss her i Norge då, det kristna budskapet...*

*...eg syns...det e ganske greit du snakker om åndelighet...at du ikke har definert det som kristendom...men det e jo fort det eg tenke...*

*...assosieres med kristendom eller av kristen tro da, det er spørsmålet om hvor du står...*

I samtalene ble også religion, prest og bibelen brukt i svarene fra respondentene. Gud, Jesus og bibelen var ord som ofte ble brukt. Når respondentene fikk spørsmål fra intervjuguiden så framstod det ofte tydelig at det første utgangspunktet var kristendom religion og svarene ble derfor også veldig preget av denne assosiasjonen, selv om noen av respondentene var åpen for andre religioner og andre trossystemer også.

Assosiasjoner kan være ubevisst og derfor kan de i en intervjusituasjon være det første som viser seg og som vanskelig kan skjules. Min opplevelse var at ved førsteinntrykk så assosierte respondentene åndelig omsorg med kristen tro. Åndelighet blir assosiert med religion og kristendom.

*...det vil i praksis bety...åndelighet dreier seg ikke bare om kristen tro...*

### **5.1.3 Å gi åndelig omsorg**

Å gi åndelig omsorg var ofte nevnt blir gjort gjennom samtalen. Hvordan vi gir åndelig omsorg så var det tilrettelegging på forskjellige måter som respondentene var opptatt av. Å gi åndelig omsorg er å være nysgjerrig på pasienten gjennom god relasjon.

*...å møte den enkelte, det enkelte mennesket, der det mennesket er, uavhengig av hva ståsted jeg har i livet...*

*...at det blir lagt til rette for det enten det er sånn eller sånn...*

Respondentene snakket om å ta initiativ til samtale om hva pasienten ønsket å snakke om. De mente det var veldig viktig å få til en god relasjon, slik at hvis de hadde behov for å snakke om åndelige tema eller behov, så måtte pasienten kjenne den ansatte og føle seg trygg nok til å snakke om dette. Å utøve åndelig omsorg kunne være forskjellige ting, men det som ofte ble nevnt var samtale og tilrettelegge for møter, stillerom eller å gå i kirken.

*...det er i grunn å lære litt om...i samtaler og sånn...*

Det var viktig å være nysgjerrig på pasienten og prøve å lære seg hvem denne var og bli kjent med han/henne. Det var nevnt å hjelpe å dempe smerten og å vandre mot lyset. Å være med på vandringen, slik at pasienten ikke måtte stå alene i tankene eller smertene sine, gjennom dialog og samtale, samt å lytte.

#### **5.1.4 Åndelige behov**

*...de har et behov for medvandring i det åndelige mysterium...*

Av åndelige behov forteller respondentene om, når de beskriver pasientenes uttrykk for åndelig omsorg. Respondentene mener pasientene har et behov for åndelig omsorg og balanse når de er i en psykose, behov for tilgivelse og finne tilbake til mening, til Gud og til tro samt behov for ufarliggjøring og bevisstgjøring. De har behov for anerkjennelse for sin historie og for «*medvandring i det åndelige mysterium*». Det er behov for å bli hørt, forstått og for å uttrykke seg samt behov for tilrettelegging og for å kunne fortelle. Pasientene har behov for å bli møtt helhetlig og få støtte på det som gir den enkelte mening i sin tilværelse.

Sitat viser at pasientene har behov for tilgivelse for noe som de har gjort eller angrer på. De forteller om behov for balanse når de opplever psykisk ubalanse og pasientene søker til noe utover seg selv. Pasientene har behov for å finne tilbake til sin tro og for en åpenhet om samtale rundt emnet. Respondentene sier at pasientene har et behov for å

fortelle sin historie og hva de tror på i livet. Å gi åndelig omsorg gjennom samtalen, respektere og tilrettelegge for deres tro og håp.

*...det er forskjellig, noen gir uttrykk for at bare det å kunne snakke litt om at noen hører på de når de forteller livshistorien, om sine bønner og kanskje opplevelser, at det er godt, at de kan, at de blir tatt imot av noe som føler og forstår det...*

Sitat viser at noen har kanskje mistet troen sin og søker hjelp til å finne tilbake til den. De har behov for tilrettelegging av en plass for å kanskje be, eller stillhet eller å bare få lov å høre til et nettverk. De har behov for støtte for det som de tror på. De forteller om pasienter som frykter troen og forneker håpet, og har behov for en erkjennelse for at ting ble som det ble og finne håpet igjen.

*...de trenger støtte ...mange kommer her og forteller at de er utskviste fra menigheten...*

*...det sosiale, at de ikke isolerer seg..en viktig faktor..del av en sammenheng eller et nettverk...*

*...å bli møtt på behov kanskje, for å reise på gudstjeneste, på kirka og få delta på sånne ting, at en legger til rette for det...*

Sitat viser at vi kan se åndelige behov ved å være nysgjerrig på pasientene med varhet, nærhet og åpenhet.

### **5.1.5 Respondentenes erfaringer**

Det vises til de mange erfaringer som fortelles under intervjuene, erfaringer om åndelighet og behov som uttrykkes samt opplevelser rundt dette emnet. Disse erfaringene er det som har fått respondentene til å reflektere om åndelig og eksistensielle tema i psykisk helsefelt. Sitat viser at disse erfaringene vitner om at en hele tiden blir dratt tilbake mot mennesket som en hel person og hvem som egentlig eier kunnskap om mennesket og bestemmer hva som skal være viktig for den enkelte. En respondent spør seg hvem som sitter på fasiten og om den finnes. Noen respondenter erfarer at når pasienter åpner seg så er det utrolig hvor mange åndelige spørsmål og tanker de kommer med. Respondentene erfarer at det er en trygghet for pasientene å tro på noe.

*...jeg vet ikke hvor jeg ender , men jeg vet har tro på at det er noe som bærer meg framover...(respondent med egenerfaring med kritisk sykdom)*

Sitater viser at åndelighet kan være en styrke, men også bli en "skygge" som legger en demper for annen handling eller tanke.

*...jeg har erfart at det finnes destruktiv og oppbyggende åndelighet...*

*...så skulle presten løse problemet med å bare be...å legge en sånn åndelig demper på å kunne snakke om problemene på den ene siden, så kunne man heller avslutte da med å takke gud for at det blei en ålreit samtale...(ansatt følte ikke noe var løst...)*

*...men pasienter blir veldig syke av det med religion...begrense de eller prøve og få de til å se det fra et annet lys eller prøve å dempe det...*

Flere respondenter opplevde at alder og lang erfaring i feltet gjorde at pasienter lettere åpnet seg for den ansatte og det ble lettere å ha en god relasjon.

*...for det første så er det mange som føler seg trygge, for eg har alder og erfaring...*

*...men eg har lang erfaring, eg har sett andre som har hatt det sånn som deg og du komme ut av det, men det tar tid...*

Den ene respondenten som var ansatt i kirken hadde god erfaring med psykologer i forhold til psykiske lidelser eller personlige problemer og han hadde erfart veldig ofte at med erkjennelsen kom også løsninger.

*...oppsøke psykologer...faktisk god erfaring med...*

*...det må skje alltid på pasientens premisser, det handler om erkjennelsen og det har jeg erfart gang etter gang...*

Sitat viser at det erfaringsmessig er ikke er tid nok til å bygge opp en nær nok relasjon til å samtale om åndelig omsorg.

*...de bor her for en veldig kort periode, de skal hjem nå, før var det ikke tanke om at de skulle hjem igjen...*



## 5.2 utfordringene i forhold til å utøve åndelig omsorg i fagfeltet

Utfordringene kan deles inn i underkategoriene "frustrasjoner", "avstand nærhet og motstand, "et taust krav om lojalitet til systemet", "psykose og religion" samt eget syn og påvirkning ". Respondentene fikk fortelle om det de erfarte som utfordrende i forhold til åndelig omsorg. De mente det var flere utfordringer i forholdt til det å utøve åndelig omsorg. De mente det var utfordrende i forholdt til nærhet, intimitet, tidsaspektet samt pasienten ballast. Det mest utfordrende i forhold til tema var når pasienten var i eller på vei inn i en psykose.

*...opplever at Gud på en måte taler til de.. på en eller en annen måte gjennom bibelen, men så var det jo øve i psykosen og så blei det liksom, plutselig så ga Gud direkte beskjed som var så helt på tvers av det som, ja det ble litt vanskelig...*

### 5.2.1 Frustrasjonen

Respondentene opplever ofte å komme til kort i forhold til å møte folk der de er, der de ønsker hjelp på grunn av mangelen på tid til en god relasjon. Det er utfordrende å se grensegangen mellom psykiske og åndelige behov, for det noen ganger går sånn inn i hverandre. Det er frustrerende og ikke klare å svare på de spørsmålene som opptar pasientene, for det blir så "dypt". På den ene siden må man være profesjonell, mens på den andre siden må man være personlig når det gjelder åndelige spørsmål.

Respondentene opplever at de ikke har noen fasit på dette med tro og håp. Det er utfordrende å se grensen mellom åndelig og psykiske lidelser. De opplever å møte mennesker med mye ballast med seg, og så er det frustrerende at det er så mye trist i psykisk helsefelt. Det er frustrerende at de ikke alltid er tid og rom til det åndelige eller at det er en overordna plan på det, slik respondentene beskriver.

*...åsså vett me ikkje heller om dette e ein del av kulturen deiras, e det psykotisk eller er det en religion, koss pleie pasienten å være når han er friske...*

*...det er så mye trist i psykiatrien...*

*...nesten e heilt umulig...å ikkje ver personlig..meine det e ein vidt personlig ting...*

### **5.2.2 Avstand , nærhet og motstand**

Respondentene forteller ofte om det å kunne finne den balansekunsten mellom å være profesjonell og personlig, uten at det blir for nært for pasienten. Åndelighet er personlig og intimt. Noen respondenter hadde gjennom hele tema til åndelig omsorg en slags avstand eller motstand til tema.

*...du bevege deg i et sånn grenseland mellom komma for nært innpå folk...*

*...men jeg syns ikke det er veldig mye av det i psykiatrien, jeg syns de i dag er mye mer åpne for disse tingene, men man er også veldig bevisst på å prøve å være konkrete og saklig og løse problemene uten å blande inn den åndelige delen...*

Hvis pasienten ikke sier noe om den åndelige delen, så sier noen respondenter at de ikke ønsker å gå inn i emnet. Gjennom samtalene opplever intervjuer at det er som en slags frykt for å snakke om åndelig omsorg i feltet samt motstand. Den ene respondenten som arbeidet i åndelig helsefelt hadde mindre motstand og var mer åpen under samtalene.

*...det er mye frykt for åndelighet...kamouflert lengsel...klare å se den frykten, de er jo det å gjøre om den til lengsel i samtalen...*

### **5.2.3 "Taust" krav om lojalitet til systemet og kulturen i fagfeltet**

*...vi skulle ikke diskutere religiøse tema på stovå...*

Respondentene forteller om et nokså rigid system som de skal forholde seg til. Det er rutiner fra morgen til kveld og åndelige og eksistensielle tema står ikke ofte på dagsplanen. Respondentene sier temaet er blitt mindre tabubelagt med årene, men ennå henger mye fordommer og motstand og gamle «regler». Pasientene blir ikke spurt om dette i inntakssamtaler og det er ikke sikkert de blir spurt om dette noen gang hvis de ikke spør eksplisitt om dette. Sitat viser at det er et stort fokus på diagnoser og medisiner og respondenten opplever å måtte være lojal mot dette systemet.

*...den blir dekket av lege, og det blir gitt medisiner og me har samtaler og sånn, men det er jo viktig å prøve altså, eg tenke og snu samtalen, det er jo det som me gjør då, det er jo til å prøve å snu tankene, sammen med medisin då så må de jo prøve å snu tankene...*

Når de snakket med pasienter om åndelige, eksistensielle eller religiøse tema, så viser sitat at den profesjonelle må skjule det eller sitter med følelsen at han har gjort noe galt.

*...er litt usikker på kor mange som trenger det når de er innlagt akutt eller psykose..de er i krise som regel..ikkje det første de tenker...*

Respondentene forteller også om kollegaer som kanskje går lengre enn andre når det gjelder å utøve åndelig omsorg og det fører til problemer i blant personalet. Noen andre forteller om at de må trosse systemet for å gi åndelig omsorg. Systemet de jobber i skaper avstand til tema.

*...og då huske eg at det var en av hjelpepleierne eller en ufaglert, hu var sikkert ufaglert det var hun, som på sundagene arrangerte, tok pasienter, noen pasienter med seg inn for å høre andakt eller gudstjeneste når den var der. Det skapte mye problemer i personalgruppen...*

#### **5.2.4 Psykose og "religion"**

Et tema som alle respondentene var svært enige om var dette med at pasientene kunne bli svært syke av religion når det var på vei inn i en psykose eller var psykotisk. Sitat viser at respondentene må sette grenser for pasient etter pasientens tilstand når det gjelder åndelig omsorg. Sitat viser at åndelighet og religion kan forverrer psykose. Respondentene mente at pasientene måtte ha ro og lite eller ingen stimuli når de var i denne tilstanden. Dette var det stor enighet om blant samtlige respondenter, bortsett fra den ene diakonal medarbeideren. Han/hun mente tvert imot at tema var viktigere enn noen gang, da det kunne være en åpning til åndelig balanse. Respondentene forteller at religion trigger intensitet og utfordringen er å vite hvordan man skal samtale med disse pasientene i forbindelse med psykose i psykisk helsefelt.

*...og så kan du sei at, noen ganger så kan det au bli gale hvis noen e psykotiske, og oppleve at Gud seie at de skal ta livet sitt, altså det, du kan aldri vite, men då e du jo i en psykose, då e jo virkelighetsbildet endra, for deres virkelighet blir jo farga av så mange ting...*

*...det er enten åsså gjøre noe med det å vandre mot lyset og eller at du går til grunne faktisk...dempe smerten, for det er jo viktig allikevel for vedkommende...(diakonal medarbeider).*

Respondentene viste synlig hvilken redsel som rådet når det ble snakket om psykose og åndelig omsorg, gjennom avstanden og språket, da det raskt ble svart at ved psykose så blir de sykere av dette med religion, samt øynene til respondenter ble alvorlige.

*...men pasienter blir veldig syke av det med religion...begrense de eller prøve og få de til å se det fra et annet lys eller prøve å dempe det...og etter hvert som pasienten kommer ut av psykosen og fått medisiner så vil det komme tilbake at vi løsner opp...*

*...religionen som trigger som den ofte gjør...*

### **5.2.5 Eget syn og påvirkning**

Noen av respondentene forteller at de ikke deler sitt syn med pasientene, mens andre sier de er mer åpne og bruker seg selv som menneske for å møte åndelig behov, og andre sier at deres ståsted kan bli negativt påvirkning for pasientene. Det fortelles at det er en utfordring og ikke å påvirke eller bli påvirket av eget syn i relasjonen til pasientene. Hvis en for eksempel er kristen selv, opplever de at det er lettere å være åpne i forhold til kristen tro og bibelsitat eller lignende. Sitat viser at det er lettere for pasienter å henvende seg til deg hvis du er kristen og spør om å få lese sammen i bibelen. Respondentene forteller at de føler de kan bli ganske rettleiende og kanskje ikke klarer å begrense sine uttrykk noen ganger, mens andre ikke tror sitt syn kommer så mye til uttrykk. Noen forteller at sitt ståsted kan bli negativt for pasienten, mens for noen pasienter kan det være en ressurs hvis de deler samme syn. Sitat viser at det er litt utfordrende i forhold til eget ståsted og relasjon til pasient i forhold til åndelig omsorg. Eget livssyn og tro påvirker utøvelsen og tolkningen av pasient i forhold til åndelig omsorg. Noen respondenter forteller at de er åpne for alt, andre har negativ påvirkning, noen synes det er vanskelig og ikke å påføre pasient eget ståsted.

*...eg e så imot og det..klare nok ikkje eg og begransa mine utrykk...*

*...mitt ståsted det deler ikkje eg med pasientene...*

### **5.3 Betydning og viktighet av å utøve åndelig omsorg**

Respondentene svarte at åndelig omsorg er viktig for alle, noen og de fleste. Sitat viser at den betydningen åndelig omsorg har er at det er en del av mennesket, viktig for noen, en trygghet og kraft til bedre helse. En respondent hadde avstand til tema og mente det ikke var så viktig med åndelig omsorg for pasienten. Sitat viser at den åndelige dimensjonen kanskje kommer litt mer til uttrykk i psykiskhelsefelt og at det er viktig for de fleste pasienter. Noen respondenter forteller om pasienter som kommer og takker fordi de ble sett, at de betyr fordi det er en større dimensjon.

*...for noen så kan det være en veldig stor del av det...*

*...jo folks praktisering av troen, som sier meg noe om fundamentalt viktig troen eventuelt er...*

*...eg tror at i livet når livet går greit og en er opptatt og på en måte ikke har så mange utfordringer og hverdagen går og en har det bra så tror eg at mange kan, altså det blir ikke så viktig der og då, det ligger mer i bakgrunnen, men når ting skjer, enten det er ulykke eller det e helsemessige problemer og det skjer spesielle ting.....folk som er deprimerte...betyr en del for dei...*

#### **5.3.1 Åndelig omsorg som styrke og ulempe for pasienten**

Respondentene forteller at tema åndelig omsorg er en viktig del i psykisk helsefelt hvor det er mange behov og mye omsorg. Pasientene har behov for åndelig omsorg og har varierte åndelige behov. Sitat viser at det kan være diagnoser fra mindre depresjoner til alvorlige psykiske lidelser når behovet melder seg. Respondentene forteller at det er en veldig stor del av livet til noen av pasientene, mens for andre kan det være mindre viktig. Et behov for å finne en mening med tilværelsen kan være viktigere for noen når sykdom inntreffer, mens for andre kan det være viktig hele tiden ble det sagt av respondenter. Respondentene fikk spørsmål om hvor viktig åndelig omsorg er for pasientene og svarte at det var viktig for noen, er en del av mennesket og at det kan ha kraft i seg til bedre helse.

*...det er jo sikkert der nøkkelen ligger..til å erkjenne og se den verdien i den åndelige dimensjonen..virkelig kunne åpne seg og se her er jeg...*

Respondentene forteller at for pasienter så er det en viss trygghet i å ha en tro. Det å ha mening med livet og hverdagene er en kraft som gir den enkelte styrke. Sitat viser at hos noen kan det være en kraft til bedre helse og til og med for noen kan det være troen som gjør dem friske. Enkelte av respondentene forteller at det er fantastisk å se når noen har mistet troen og finner tilbake til den dimensjonen, fordi det utgjør en stor del av vår kulturelle forståelse, så kan du nesten se en ny person åpne seg.

*...min religion, min tro som åndelig veileder...åndeligheten blir en styrke.. i det mentale...(respondent har overlevd kritisk sykdom).*

En respondent fortalte at noen ganger føles det som at noen pasienter som kommer inn, kommer der fordi de er åndelig syke. Det nevnes at bønner har en kraft i seg som enten du tror eller ikke, så virker den. Sitat viser at det er vanskelig å se forskjell på åndelige og psykiske behov, men det åndelige kan uansett være en kilde til å bli friskere.

Sitat viser at for at det skal være en styrke må man skape en god relasjon og legge til rette for at pasienten kan uttrykke sine åndelige behov. Pasientene uttrykker takknemlighet når de får fortelle sin historie og det de tror på. Bare det å lese noen bibelsitat til en kristen pasient, gjør at han/hun kanskje klarer å tilgi seg selv. De trenger støtte og noen å finne veien sammen med, da det fort kan bli en voldsom styrke til god psykisk helse. Den diakonale arbeideren sier:

*...jo mer jeg blir kjent med dem jo mer åndelige blir de...og jo mer vi samtaler til friskere blir ansiktet til personen...*

Flere respondenter forteller at de har lært at åndelighet er viktig, relasjonen er viktig samt respekt for den enkeltes tro, mening og ståsted. Det er betydningsfullt og virksomt for pasienten.

*...for en del av pasientene så har det nok en betydning, hos andre kanskje ikke så opptatt av det...*

Sitat viser at det kanskje ikke er et tema pasientene tar opp så mye. Det ble også nevnt at pasientene er innlagt av andre grunner enn åndelig omsorg.

*...pasientene gir ikke så mye uttrykk for det er ikkje det som er en del av grunnen til at de er her?...*

*...om de blir friskere av å bli mer åndelige eller om de blir friskere av å ta tablettene så, eller hjelp i omsorgen de får her...de har på ein måte funnet ditt med det åndelige, då e det kanskje ikkje et spørsmål her...*

Respondentene mener at pasientene kan bli syke av religion og åndeligheten deres kan bli altoverskyggende og ubalansert. Dette kan være en stor ulempe for pasienten selv, da han/hun kan gjøre ting som han ellers ikke ville gjort.

### **5.3.2 Åndelig omsorg som styrke og ulempe for den profesjonelle**

Sitat viser at respondentene forholder seg til behovene til pasienten, etter hva han/hun gir uttrykk for. Respondentene forteller at de ønsker jo å gjøre pasientene friske, men at dette med religion er vanskelig. Sitat viser at det er en styrke og god følelse å klare å møte pasienten på åndelige behov, når en klarer å lykkes med dette. Sitat viser at det er en ulempe når systemet de jobber i ikke er åpent nok i forhold til tema. Respondentene forteller om den balansekunsten det er og ikke komme for nær pasientene med egen tro, men nært nok til at pasienten åpner seg i forhold til eventuelle åndelige behov. Sitat viser at trygghet i forhold til eget ståsted gjør det lettere å samtale med pasienten, slik at det oppleves som mestring for den profesjonelle. Flere respondenter opplever at fokus på den åndelige delen har bedret seg, og at også både leger og psykiatere nå ser den styrken dette kan ha. Mange ansatte har tanker om dette og har tenkt på åndelighet lenge før de begynte å arbeide i feltet.

*...eg har opplevd at det har vært litt vekkstua, det har ikkje vært helt stuerent det har ei tid opplevde eg det neste psykiatrien som at det , hvis det kanskje var religion som skapte psykiatri, nærmest...sånn tenke eg at det ikkje sånn det er, for eg tenke at religion er en del av eller det åndelige e hos alle uansett, men alt kan bli sykt...*

*...så har det, så har det blitt en vinkling..flere som ser det er viktig..psykiatere som nå kan se at , faktisk at det kan være en styrke, for dei pasientene, tidligere følte eg at det nærmest var en problem, ble misverandre faktor...*

### **5.3.3 I forhold til føringer og lovverk**

Ingen av respondentene viste til lovverk eller føringer men snakket om helhetlig tilnærming som at både brukermedvirkning og helhetlig tilnærming til mennesket er en del av føringene for omsorg i psykisk helsefelt. Sitat viser at fordi mennesket har åndelige behov, så har åndelig omsorg en betydning for helhetlig omsorg i psykisk helsefelt i henhold til lovverk og føringer i helsevesenet. Sitat viser at kun et fåtall hadde hatt åndelig omsorg på dagsorden i utdanningen og innholdet av undervisningen var svært kort.

*...for å lykkest med helhetlig omsorg, må man inkludere alle sider ved mennesket...*

### **5.4 Behov for prest på "huset"**

Respondentene sier ofte i slutten av spørsmål om åndelig omsorg at de også har prest på huset. De uttrykker at de kommer til kort på kunnskap om kristendom eller enkelte religioner og at presten har nok den kompetansen bedre enn de selv. Det uttrykkes trygghet av at de har prest på huset eller at den kommer en eller to ganger i uka. Da kan de lage avtale for pasienter slik at de får svar eller snakke med noen som har kunnskap om det pasienter spør om. De forteller at det er fordel å være en åndelig veiledet og flagge en tro. Respondentene forteller at troverdigheten til en prest kanskje er større enn troverdigheten til de som "vanlig" ansatte.

*... vi har jo prest på huset her ...*

*...i andre faser, når de er i andre faser så kan det være greit for di å snakka om..overlate det til ho prestedamen...*

En ansatt fortalte at også han/hun noen ganger snakket med presten selv for å få veiledning på enkelte spørsmål.

#### **5.4.1 Behov for andre med åndelig "kunnskap"**

En ansatt hadde tatt videreutdanning innen sjelesorg og hadde derfor merkunnskap om dette emnet. Respondenten forteller at kollegaer spør om råd eller sender pasientene til han/hun. Diakonal arbeider forteller om folk som tidligere har vært på institusjon og ikke noen gang har fått snakket om åndelige og eksistensielle spørsmål. Sitat viser at



pasientene har oppsøkt han/hun og opplevd lettelse på grunn av forståelsen som de møter. Respondentene sier at prester og ansatte med livserfaring har tillitt og lykkes bedre med åndelig omsorg. De ansatte hevder de har lite kunnskap om åndelig omsorg, selv om svarene viser at de har det som skal til allikevel.

*...så blir jeg nok hevet inn på banen på grunn av kompetansen og erfaringen jeg har i forhold til dette herre her...*

## **6.0 Drøfting**

I dette kapitlet vil studiens funn bli drøftet i lys av valgt relevant teori. Jeg vil bearbeide og tolke mine funn opp mot teorien, tidligere forskning, problemstilling og hensikten med studiet. Formålet med denne studien har vært å få innsikt i psykisk helsearbeiderne i psykisk helsefelt sine meninger om åndelig omsorg, og spesielt utfordringer og hvordan de oppfatter tema og utøvingen av dette.

### **6.1 Behovet for å implementere en helhetlig, fast og trygg kunnskap om åndelig omsorg**

Funn fra denne studien viser at det er mangel på kunnskap om åndelig omsorg.

Respondentene definerer åndelig omsorg som at åndelighet er Kjærlighet, godhet, håp, tro på noe større enn seg selv og være til stede for pasienten og gi støtte. Åndelighet er helhetlig omsorg og en del av mennesket. Respekt for pasienten er det viktigste og at åndelig omsorg skjer gjennom samtalen, nysgjerrighet, tilrettelegging og gi håp og mening gjennom en god relasjon.

Hoff (2000) fant at pasienter ikke føler seg møtt på åndelige behov og pekte på manglende innsikt når det gjelder åndelige og eksistensielle spørsmål. Siri Tønnessen (1999) fant at fagutøveren ser at pasienten trenger både en samtalepartner og en praktisk tilrettelegger i forhold til åndelige behov, men mangel på kunnskap gjør at den profesjonelle kommer til kort på åndelige tema.

Foskett et.al (2004) fant at det var mangel på opplæring i fagutdanningene i forhold til åndelig og eksistensiell omsorg.

I følge (Karlsson & Borg, 2013) viser vår helse seg i tillegg til å være psykisk også seg som sosialt, fysisk og eksistensielt. Leenderts (2014) skriver at "*Et heilskapleg menneskesyn basert på mennesket som kropp sjel og ånd*".

Åndelig omsorg defineres som det å være oppmerksom på pasientens eksistensielle spørsmål og ressurser og lytte til den mening disse har i pasientens livshistorie samt hjelpe pasienten i hans arbeide med eksistensielle spørsmål med utgangspunkt i hans eget livssyn (Stifoss-Hanssen & Kallenberg, 1998). Hoff(2000) defineres åndelig omsorg som "*Et uttrykk for de fellesmenneskelige ønsker og håp som kommer til uttrykk i de spørsmål vi stiller om sentrale forhold ved vår menneskelige tilværelse og vår selvforståelse*".

På bakgrunn av hvordan de profesjonelle definerer åndelig omsorg og hvordan teori definerer det, så er det lite som skiller seg ut. Definisjonene er nokså sammenfallende. Selv om ikke alle respondentene konkluderte seg fram til den samme definisjonen, så hadde hver enkelt i seg elementer som til sammen utgjør den definisjonen til (Stifoss-Hanssen & Kallenberg, 1998) og (hoff 2000). Funn i denne studien viser at å lese uttrykk og ha respekt for disse uttrykkene er uavhengig av eget livssyn. Det som er viktig for pasienten er at den profesjonelle skal kunne se uttrykk og ha respekt for dette. Det er viktig å støtte pasienten når han trenger det på det pasienten tror på. Respondentene forstår at pasientene har åndelige behov som å søke en mening med livet og at de har behov for at noen lytter til denne meningen eller historien til pasienten hvordan den har innvirkning på deres liv.

Det som skiller seg ut fra definisjonen i forhold til funn er denne ensidige assosiasjonen med Kristendom religion. Det vil i praksis bety at åndelig omsorg gjelder for de pasientene som er opptatt av kristen tro. Å kunne lese sammen i bibelen, å gå på kristne møter eller tilrettelegge for en plass til å be. Hvis åndelig omsorg kun gjelder kristendom tro, så vil de pasientene som har annen livssyn eller tro, ikke få oppmerksomhet på sin tro eller søken etter mening med tilværelsen.

Selv om de ansatte forstår åndelig omsorg og definerer det nokså lik teorien, så vil denne assosiasjonen mot kristen tro gjøre at omsorgen blir utøvd spesielt for kristne

pasienter. Å bli møtt på åndelige behov, kan da for andre med annen tro være noe som kommer på siden. Dette er en utfordring som kan være en medvirkende årsak til funn fra tidligere forskning (Hoff 2000) som viser at pasienter ikke ble møtt på åndelige behov.

Hvorfor assosieres åndelighet med kristendom? Det kan ha noe med den norske kulturen å gjøre, da denne er sterkt preget av kristen religion. Det kan også ha noe med mangel på kunnskap eller kompetanse på området åndelig omsorg i psykisk helsefelt å gjøre. Respondentene forteller at det var svært lite eller ingen undervisning på dette feltet i selve utdanningen innen psykisk helse, mens det var litt i sykepleieutdanningen og mye i diakoni utdanningen. Dette er en utfordring som også kan være et hinder til at pasienter sier de ikke blir møtt på det åndelige i psykisk helsefelt.

Hvis en mangler kunnskap eller kompetanse på en del av omsorgen, så vil det skape usikkerhet eller at en tar i bruk det en har lært tidligere, kanskje helt fra tidlig barndom. Slik sett kan det være den profesjonelle har med seg gamle fordommer. I lovverk og nasjonale føringer om helhetlig omsorg så står det ingenting om at det kun gjelder for kristne pasienter, selv om kristne pasienter også har like stort behov for åndelig omsorg. FN mener at all omsorg skal være basert på respekten for det enkelte menneskets livssyn (FNs art.18 Tanke, religion og ytringsfrihet). Derfor er denne assosiasjonen mot kristen tro ikke i tråd med de tankene som ligger bak helhetlig omsorg i psykisk helsefelt. Det er grunn til å tro at det i psykisk helsefelt er behov for å implementere en helhetlig, fast og trygg kunnskap om åndelig omsorg, som igjen kan bli til en trygg kompetanse i praksis av åndelig omsorg i psykisk helsefelt.

Funn i denne forskningen viser at det er usikkerhet i hvordan åndelig omsorg skal utøves og spesielt i forhold til psykose. De ansatte føler frustrasjoner, motstand og avstand til tema åndelig omsorg i psykisk helsefelt. Galanter (2010) sin konklusjon er at psykisk helsefelt er preget av medisin-ontologisk tankegang, mens åndelighet er en konstruksjon som er vanskelig lar seg definere operasjonelt. Åndelige behov kan man kun få tak i gjennom samtaler. Det kan tenkes at det på grunn av denne medisin-ontologiske tankegangen, så skapes det usikkerhet og motstand hos de ansatte i psykisk helsefelt.

Respondentene i denne forskningen legger vekt på samtalen som et viktig verktøy til hvordan man kan utøve åndelig omsorg. Det vil da være viktig å inkludere det åndelige gjennom samtaler uten usikkerhet og motstand, slik at det blir en invitasjon til pasientene om å ytre sine meninger om håpt, tro og livet. Hvis det er gjennom samtalen den profesjonelle utøver åndelig omsorg, så må det da være viktig at man også samtaler med pasienter som lider av psykose.

I en studie av Zahl og Furman (2005) fant man at kun et mindretall av psykologene tematiserte åndelige spørsmål i sin behandling av pasienter, mens en fjerdedel av sosialarbeiderne mente at det å trekke inn livssyn og religion i sin praksis var i mot intensjonene og de yrkesetiske retningslinjer for sosialt arbeid.

Holdningene blant psykisk helsearbeidere har blitt mer positive som følge av en økende bevisstgjøring om religiøse spørsmål (Botvar 2010). Respondentene i denne studien viser holdninger om at temaet åndelig omsorg er litt på sidelinjen og tabubelagt. Hvis bevisstgjøring endrer holdninger og motstand, så er kanskje bevisstgjøring et verktøy for å klare å dekke behovet for en helhetlig, fast og trygg kunnskap om åndelig omsorg, slik at den profesjonelle blir tryggere på åndelig omsorg i psykisk helsefelt. Hvis den profesjonelle skal kunne utøve helhetlig omsorg, så må han/hun forholde seg til hele mennesket og det innebærer ifølge Borge (2012) å ta det åndelige og eksistensielle på alvor, samt ha kunnskap og kompetanse om tema.

## **6.2 Å forstå betydningen av åndelig omsorg i fagfeltet**

Hvis de profesjonell skal utøve åndelig omsorg, så må den ha en betydning i fagfeltet. Hvilken betydning har åndelig omsorg i psykisk helsefelt? Hvilke behov har pasientene? Og hvordan gir de profesjonelle åndelig omsorg? Åndelighet er en integrerende kraft som skaper mening med livet, skaper felleskap med individer og er basert på individuelle oppfatninger, verdier og tro (Lie, 2002)

I psykisk helsefelt er det et krav om å utøve helhetlig omsorg og pasientene har rett til det ifølge psykisk helsevern lov og FNs art.18. Helhetlig omsorg innebærer langt mer enn summen av alle delene (Leenderts, 2014). I følge Schmidt (2009) er det en faglig plikt å kartlegge åndelige behov og iverksette tiltak på det området. Kari Martinsen mener at omsorg er å leve seg inn i pasientens selvforståelse, livsopplevelse og det som

er viktig for han/hun (Overgaard, 2003). Helsepersonell skal ta hensyn til pasientens ulike dimensjoner, for eksempel kropp og sjel, eller kropp sjel og ånd (Barbosa da Silva et al., 2006 s.113). Helse er en helhetstilstand, der vi finner mening med den verden vi lever i (Danbolt & Nordhelle, 2012 s.125).

Dette gir god argumentasjon for at det er viktig å være opptatt av hele mennesket og hjelpe pasienten til å ta i bruk både kropp, sinn og sjel i en sosial, åndelig og kulturell sammenheng. Å innta et helhetlig syn betyr at den profesjonelle går ut ifra et holistisk menneskesyn i omsorgsarbeidet. Derfor kan vi ikke ha et dualistisk eller mekanisk syn der man bare ser deler av mennesket. Vi må forstå lidelse utfra en biopsykososial modell, der også pasientens åndelige og eksistensielle sider har en betydning (Magelssen, 2011).

Funn i denne studien viser at respondentene forstår at pasientene har åndelige behov. Pasienter søker etter en mening med livet, behov for at noen lytter til denne meningen eller historien til pasienten hvordan den har innvirkning på deres liv samt pasientene har mange åndelige og eksistensielle spørsmål. For å kunne gi åndelig omsorg så må en kunne se åndelige behov. Hvis en pasient uttrykker åndelige lengsler eller behov, så er det opp til hjelperen å kunne se disse. Respondentene forteller om pasienter som ønsker å lese i bibelen, gå på møter i kirken søker tilgivelse, sammenheng eller tilrettelegge for det den enkelte har av åndelige behov.

Respondentene mener det handler om å tilrettelegge etter behov, det handler om å være nysgjerrig på pasienten, og lytte på det han forteller gjennom samtalen etter å ha skapt en god relasjon. Videre handler det om å respektere det som er viktig for han.

Grunnprinsipper for åndelig omsorg sier at det er en del av den helhetlige omsorgen og åndelig behov skal kartlegges på en forsvarlig måte etter pasientens ønske. Pasientens åndelige behov kan endres over tid, derfor må hjelperen alltid være oppmerksom på behovene. Kommunikasjon om tema krever varsomhet (Helse og Sosial dept. 2002). Respondentene forteller ikke noe om den retten pasienten har til åndelig omsorg, men sier at det er en del av helhetlig omsorgsutøvelse. Retten til åndelig omsorg er nedfelt i de forente nasjoners artikkel atten som mener at all omsorg er basert på respekten for det enkelte menneskets liv og egenverd, uansett rase, religion, farge, kjønn, politisk oppfatning, nasjonal eller sosial sammenheng (FNs art.18 Tanke, religion og

ytringsfrihet). Retten er også skrevet i psykisk helsevern loven som sier at åndelig omsorg fremmer folkehelsen, samt opptrappingsplanen for psykisk helse (NOU 2009).

Funn i denne studien viser videre at pasientene har åndelige behov og det er viktig for noen. De profesjonelle forteller hvordan de kan gi åndelig omsorg og at det har en betydning på godt og vondt. Funn etter Studie til Koslander (2011) viser at mennesker har både positive og negative opplevelser og kan ha forskjellige effekter på helsen deres. Borge (2009) skriver om å møte eksistensielle og åndelige behov hos mennesker med psykiske lidelser. Hun skriver at opplevelse av ensomhet, meningsløshet og sosial isolasjon kan prege livene deres samt at lengsel etter mening og sammenheng kan forsterke behovet for et åndelig perspektiv og svar på eksistensielle spørsmål. Det kan ha en stor betydning å bli møtt på åndelige og eksistensielle behov fordi det kan bidra til mestring (Borge og Rolfsnes 2009). Ueland (2013) har funnet at åndelige lengsler hvis de åpnes opp, kan ha kraft til bedre helse. Derfor må vi ta på alvor å forholde oss til hele mennesket. Forskningsprogrammet REFOKUS i England fant at myndiggjøring, gjenvinning av kontroll, tilhørighet med andre, håp og optimisme med tanke på fremtiden og å finne mening og hensikten med livet som er viktige i bedringsprosess for de som har psykisk lidelse (Schmidt, 2009).

Hvis den profesjonelle tar på alvor betydningen av å møte pasienten på åndelige og eksistensielle spørsmål og forstår viktigheten av dette, så kan de dermed bidra til at pasienten opplever mestring og finner mening i tilværelsen. Teori om Salutogenese av Aron Antonovsky (2005) er derfor relevant å se dette i forhold til, med opplevelse av sammenheng. Antonovsky beskriver at salutogenese er aktiviteter som styrker eller fremmer helsen vår. Det blir viktig å identifisere de faktorene hos en person som demper, letter eller fjerner stressorer som bidrar til uhelse. Det er personens opplevelse av tilværelsen som meningsfull, forståelig og håndterbar som er det sentrale (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Når mennesker blir rammet av psykiske lidelser, kriser, angst og depresjoner så er søken etter mening helt sentralt. Hvis pasienten blir møtt med motstand på disse behovene så kan det i verste fall forverre lidelsene. Hvis ikke hjelperen klarer å lese uttrykk og åndelige behov så får ikke heller pasienten hjelp til å finne mening.

Funn i denne oppgaven viser at noen psykiske helsearbeidere mente at pasienter ikke har åndelige behov og det er ikke så viktig for så mange. Derfor vil det være viktig at den psykiske helsearbeider forstår betydningen av åndelige behov i fagfeltet, og møter disse slik at pasienten ikke blir oversett. Funn i denne studien viser at respondentene er utrygge på hva åndelig omsorg innebærer i dette feltet. Foskett et al. (2004) fant at betydningen av psykiske lidelser og den åndelige meningen, kunne forvandle pasienter på en svært positiv måte.

Recoveryperspektivet er en teoretisk ramme i psykisk helsearbeid som legger opp til og ta i bruk pasientens ressurser, de han/hun selv mener er virkningsfulle. Brukererfaringer beskriver dette perspektivet som virkningsfullt for å finne tilbake til et meningsfullt liv, samt at pasienten selv bestemmer retning og behandling. Det som pasienten finner meningsfullt er det som blir fokuset for hjelpen. Hvis pasienten har behov for åndelig omsorg og finne/få støtte på mening i tilværelsen, så er recoveryperspektivet et godt utgangspunkt for intervensjon. Recoveryorientert praksis er det fagpersonene gjør for å støtte pasienten i sin bedringsprosess. Fagpersonene må ha kunnskap om hvordan man søker mening i tilværelsen og ha tid og ro til å samarbeide med pasienten om det pasienten opplever betydningsfullt. Derfor vil viktigheten av kompetanse i forhold til åndelig og eksistensiell omsorg ha en betydning for pasientens bedringsprosess. Tidligere forskning viser den styrken og betydningen som ligger i den åndelige dimensjonen. Styrkeperspektivet er en viktig del i praktisering av recovery. Recovery og Salutogenese er godtatte teorier i psykisk helsefelt som kan være et godt utgangspunkt å ha fokus på for å ta på alvor den betydningen åndelig omsorg har for pasienter med psykiske lidelser.

### **6.3 Behovet for presten på "huset"**

Et sentralt funn i denne oppgaven var sitatet "*Vi har jo prest på huset*", som viser at psykisk helsearbeiderne delegerer åndelige og eksistensielle behov videre til presten. Hvis hjelperen føler at han/hun ikke har nok kunnskap om det som blir spurt etter, så vil han/hun delegere dette videre slik at pasienten får "bedre" svar. Det vil være rett etter yrkesetiske retningslinjer å delegere til mest kompetente person. Respondentene viser at

de har behov for presten på "huset". Men hvis pasienten ikke er kristen eller har behov presten heller ikke har kunnskap om, så vil ikke pasienten bli møtt på åndelige behov.

Funn i denne oppgaven viser at respondentene egentlig har kunnskap om åndelig omsorg. De vet hvilke behov som er åndelige, de forteller om hvordan pasientene uttrykker disse og hvordan disse skal møtes, altså hvordan man utøver åndelig omsorg. Spørsmålet er da hvilket behov den psykiske helsearbeider egentlig har for presten på "huset"? De forklarer at troverdigheten er kanskje større til en prest enn psykisk helsearbeideren. Respondentene forteller også at de føler å komme til kort og ikke kan svare på det som pasientene av og til spør om. Hvis pasientene spør om kristendom og bibelsitat, så er kanskje presten mer utlært og kan svare på dette, men hvis pasienten søker om tilgivelse for eksempel, så har psykisk helsearbeideren kunnskap om motiverende samtaler som kommunikasjon og har evnen til å lytte. Salutogenese og recoveryperspektivene kan også være et verktøy for å møte pasientene på åndelige behov. Hvis hjelperen er nysgjerrig på å lytte til pasienten på hva som gir mening for den enkelte, så vil han respektere pasienten ut ifra det han/hun tror på som er viktig for pasienten. Hvis en kan hjelpe, men delegerer videre fordi en tror at andre kan svare bedre, så vet en heller ikke hvilken kunnskap som en har egentlig om åndelig omsorg, og så får en ingen trening i åndelig omsorg heller.

Borge L. (2012) skriver at mange pasienter har god erfaring ved å dele sine tanker i grupper. Fortellingene deres er et viktig redskap for pasienten. Hun fant også i sin studie om sjelesorg, at sjelesorg ble opplevd som et nyttig supplement i et tverrfaglig behandlingstilbud. Økt samarbeid mellom prest og helsearbeider kan være et spennende faglig utviklingsområde framover.

En av grunnene til at fagutøveren overlater ansvaret kan være usikkerhet og frustrasjon rundt åndelig omsorg generelt og mangel på bevissthet om egen kunnskap og kompetanse. Siri Tønnessen (1999) fant også at profesjonelle begrenses av livsspørsmålenes personlige karakter, mangel på kunnskap som gjør at hun opplever å komme til kort spesielt når Gud og døden blir tema i samtalen. Hvis det er slik, da er det ikke behovet for presten som er etterspørselen, men behovet for trygghet på egen rolle i forhold til åndelig omsorg. Derfor er det behov for bevisstgjøring om og systematisering av egen kunnskap om åndelig omsorg den profesjonelle allerede innehar om åndelig



omsorg og som del av helhetlig omsorg. Det er også behov for tettere samarbeid mellom den profesjonelle og andre med åndelig kunnskap.

#### **6.4 Å kunne mestre utfordringene i forhold til åndelig omsorg i psykisk helsefelt**

Funn viser at det er en del utfordringer i forhold til det å utøve åndelig omsorg. Utfordringene i forhold til åndelig omsorg er nærhet, intimitet, egen og pasients ballast og tidsperspektivet. Utfordringen er å forstå åndelig omsorg i psykose og psykisk helsefelt. Det er vanskelig å se forskjell på åndelige og psykiske behov. Det er noe utfordrende i forhold til eget ståsted og relasjonen til pasienten når det gjelder åndelig omsorg.

Utfordringen i psykisk helsearbeid er i følge Leenderts (2014) er å finne balansen mellom avstand og nærhet, den gode balansen mellom støtte og utfordring og balansen mellom selvstendighet og overformynderi. Det kan være avstand mellom institusjonen og pasienten, noe som kan virke truende for pasienten, derfor er det stadig viktig å minne om betydningen av å bli møtt med respekt for sine individuelle behov.

Funn fra tidligere forskning viser også at det er noen utfordringer som de profesjonelle opplever i det å utøve åndelig omsorg. Hoff (2000) fant at personalet reserverer seg, sjenanse og redsel for den intimitet temaet skaper, utrygghet på eget livssynsmessig ståsted samt redsel for kritikk. Siri Tønnessen (1999) fant at karakteristisk for situasjonene er at sykepleieren på den ene side føler ansvar for å gå inn å møte pasientens behov. På den annen side begrenses hun av livsspørsmålenes personlige karakter, berørthet i situasjonen og mangel på tid og kunnskap som gjør at hun opplever å komme til kort spesielt når Gud og døden blir tema i samtalen.

Hvis de ansatte skal kunne utøve åndelig omsorg er det viktig at de mestrer de utfordringene som følger med. For å kunne mestre utfordringer så kreves det kunnskap og bevissthet om hva som kan være utfordrende. Hvis det forelå en slags kjøreplan for åndelig omsorg hvor det ble gjort en utredning hvilke åndelige og eksistensielle behov pasienten hadde, så kunne denne vært integrert som en del av den helhetlige omsorgen til pasienten.

Aarre (2011) skriver at pasientens egenart og verd, skal alltid respekteres, gjennom å beskytte og styrke hans verdighet, integritet og identitet. Kommunikasjon om tema krever varsomhet (Sosial- og omsorgsdept. , 2002). Haugsjerd skriver i Napha (2008) at brukererfaringer tilsier at pasienter etterlyser en balanse mellom nærhet og avstand, støtte og utfordring samt selvstendighet og overformynderi. (Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2/2008)

Hvis vi skal ta på alvor erfaringskompetanse fra pasienter, så må vi lytte til hva disse mener er løsningene på utfordringene. Prinsippene for åndelig omsorg og psykisk helsearbeid er ikke helt ulike, heller ikke verdiene som ligger til grunn. Det handler alle om til det beste for pasientens bedringsprosess og helhetlig omsorg. Hvis de profesjonelle skal kunne mestre de utfordringene som åndelig og helhetlig omsorg innebærer, så må vi lage en handlingsplan. Det burde derfor være mulig å kunne lage plan for åndelig omsorg i psykisk helsefelt som inkluderer og planlegger de utfordringene som følger med. Når forskning viser at et godt åndsliv er en ressurs for pasienten, så skulle man tro at åndelig omsorg var en vesentlig del av agenda i psykisk helsefelt (Schmidt, 2009). Hvis den enkelte psykisk helsearbeideren er forberedt på de åndelige og eksistensielle utfordringene, så vil han/hun også ha fokus på å mestre disse og føle seg mer kompetent.

En av utfordringene er at det ikke blir gitt særlig mye undervisning i utdanningene i psykisk helsearbeid til tross for at opptrappingsplanen for psykisk helse vektla forholdet mellom åndelige og psykiske behov.

"...ikke bare de biologiske og de sosiale. Psykiske lidelser berører grunnleggende eksistensielle spørsmål... og dette må prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester (St.prp.nr 63 (1997-98): s.6). I rammeplanen for sosialarbeider utdanningen har presisert at et helhetlig syn på brukerne er avgjørende for et godt tilbud, og et helhetlig syn inkluderer menneskets åndelige sider og behov. Det vil derfor være et behov for en studieplan i utdanningen som legger vekt på den åndelige dimensjonen med pensum og kvalifiserte lærere. Hvis det i grunn og videreutdanningen vektlegges eksistensielle og åndelige behov, så vil den enkelte psykisk helsearbeider ha kompetanse til bedre mestre de utfordringene som åndelig omsorg innebærer. Å ha kompetanse vil si å være forberedt som igjen vil skape mindre frykt, motstand og avstand til den åndelige dimensjonen.

Hvis fagfeltet og de profesjonelle tar på alvor recovery som at feltet har mer fokus på de tilleggsbelastningene som følger med psykisk lidelse som tap av selvfølelse, innflytelse, mening i tilværelsen og framtidshåp (Napha 2012), så vil det gjøre fagpersonen tryggere i forhold til utfordringene i det å utøve åndelig omsorg. Fordi Recovery perspektivet forstår psykisk helse etter hva som står på spill og inntar en ikke vitende posisjon og lytter etter mening hos det andre mennesket. Forståelse og intervensjoner knyttes til innsatser for å overvinne det som hindrer personen i å ha et godt liv (Karlsson & Borg, 2013).

En annen utfordring er egen tro. Hvordan kan en som psykisk helsearbeider ha egen tro uten å overføre eller påvirke pasienten på en profesjonell måte? Det må være en balanse mellom person og profesjon som ivaretar menneske samtidig som det ikke blir for personlig eller privat. Å fremme egen overbevisning og egen tro er ikke forenelig med den profesjonelle yrkesetikken for psykisk helsearbeid. Pasientens selvbestemmelsesrett innebærer toleranse og fordomsfrihet (Leenderts, 2014). Det vil være forskjell å fremme egen tro og bruke egen tro til å forstå pasientens følelser eller utfordringer i forhold til sin tro, håp eller mening. Funn i denne studien viser at de ansatte opplever at det kan bli et følsomt tema og at de har noen ganger problemer med å begrense sine uttrykk ovenfor pasienten. Utfordringen ligger vel kanskje derfor i å klare å balansere denne kunsten ved å være personlig til pasientens fordel og i dens livsverden uten selv å føle det som kritikk eller at egen tro blir utfordret. Det som må være viktig er hva som er viktig for pasienten, så kan man bruke sin egen tro som verktøy til pasienten uten at det blir personlig.

En annen utfordring i denne oppgavens funn og som viser seg å være det mest utfordrende er åndelig omsorg eller spesielt religion i møte med pasienter med psykose eller psykotiske lidelser. For å kunne mestre denne utfordringen må en ha kompetanse og kunnskap om psykose som fenomen. Hvis en ikke har kunnskap om hvordan hva som kjennetegner psykoselidelser, så vet en heller ikke hvordan dette skal møtes. Respondentene forteller at religion trigger intenst og at pasientene blir svært syke av det. Respondentene holder derfor åndelige tema på avstand når lidelsen pågår. Siden alle mennesker har åndelige behov og det er krav om helhetlig omsorg, så gjelder vel dette også for pasienter som er inn og ut av psykosetilstander. Hvordan kan en møte åndelige og eksistensielle behov hos disse pasientene uten at det kan skade de eller gjøre de sykere? Respondentene forteller at de møter disse behov først etter at psykosen

er over. Hva med pasienter som ofte er i psykose? Hvis religion trigger spesielt i psykosetilstand, så kan temaet også være veldig viktig for vedkommende der og da? Hvis en venter med å snakke om disse spørsmålene til psykosen er over, så kan det være lettere å samtale, men det kan jo også være at pasientens behov ikke er like sterkt? Respondentene forteller at de tar vekk all stimuli, og da gjelder det åndelige på samme måte som tv, politikk og andre ting. De skal ha minst mulig stimuli. Espen B.J. Jaer har skrevet en artikkel om religion eller psykose. Han stiller spørsmål til om det er religion eller realitetsbrist, tro eller vrangforestillinger, kan man stille en diagnose når det kommer til et trosspørsmål? Han sier at; " Erfaringer har vist at pasienter med et sterkt gudsbilde kan holde seg oppegående ved og «legge alt i Guds hender». De kan til og med komme sterkere ut enn andre pasienter, mest trolig grunnet «at livet har en mening» og at en «gud» er hevet over pasientens psykose.

Mange pasienter befinner seg ofte i en innesluttet verden hvor Gud eller andre suprahumane krefter spiller en vesentlig rolle. Denne «tilstanden» kan fort lede til isolasjon og vanskeligheter for behandlere og miljøet generelt rundt pasienten. Ulike oppfatninger og livssyn kan gjøre kommunikasjonen vanskelig mellom terapeut og pasient " (Jaer, 2005). Recovery kan være et ønske om seponering av medisin. Det kan være deltakelse i en selvhjelpsgruppe, eller en åndelig tilhørighet innen en religion.

Tommy Hellsten (Modum bad 1999) skriver om "når åndeligheten mangler" Han viser til at åndelighet er noe som mennesker kan mangle. Han bruker ordet åndelighet for menneskets evne til å tro, menneskets dype behov for å oppleve at det er en del av en helhet, å høre sammen med noe som er større enn seg selv. Det er uvesentlig hva denne kraften er, men at man har en levende kontakt med denne kraften, og at opplevelsen av kontakten virker inn på ens handlinger, tanker og følelser. Å bli bedre innebærer å forandre sin livsretning, som igjen innebærer begynnelsen på et åndelig liv (Hellsten, 1999 s.69). Sitater fra en respondent i denne oppgaven forteller også om denne mangelen på åndelighet, mangel på å tro på noe. Pasienten kan ha behov for å stole på livets bærende krefter, for å kunne erkjenne sin sårbarhet og dele den med andre. Hvis pasienten ikke får omsorg på åndelig behov, så kan han/hun miste sin åndelighet som kanskje er den eneste muligheten som gir han/hun et blikk framover. Hvis den psykiske helsearbeideren "frykter" åndelige spørsmål til pasienter med psykose og dermed velger og ikke å gå inn i samtale om åndelige og eksistensielle spørsmål, så skapes det en unaturlig stor avstand mellom hjelper og pasient. REFOKUS(2012) fant at viktige

elementer i sin pasienters bedringsprosess er nettopp mindre avstand mellom hjelper og pasient, samt gjenvinning av kontroll. Recoveryperspektivet forklarer at åndelige lengsler og tilhørighet er en av elementer i bedringsprosessen. Pasienten vil ikke bli møtt på eksistensielle og åndelige behov og hjelperen vil ikke mestre denne utfordringen som ligger i psykose og åndelig omsorg. For å kunne mestre denne utfordringen så er det behov for kunnskap og kompetanse om psykose i relasjon til åndelig omsorg i et helhetlig øyemed. Empiri fra denne studien viser at noen respondenter reflekterer over sannhet i psykisk helsefelt. Hvis den lidende pasienten forsøker å skylde på Gud eller onde "ånder", så kan jo det være like sant som at den profesjonelle forklarer atferden med psykologiske forklaringer. Begge deler er deterministisk. Psykosepasienter er også mennesker med åndelige behov.

### **6.5 Systemet og kulturen i psykisk helsefelt vedrørende åndelig omsorg**

Den kulturen og konteksten en psykisk helsearbeider arbeider i, vil naturligvis være bestemmende for hvordan arbeidet kan utarte seg. Psykisk helsefelt har historiske røtter tilbake i tid der det oftest var fagfolks syn på hva som hjelper og hvordan hjelpen skal ytes. Historien viser inhumane praksiser og Karlsson og Borg (2013) påpeker at feltet endrer seg for sakte mot mer humanistiske praksiser.

Tidligere funn viser at de ansatte opplever institusjonelle problemer (Wagenfeld-Heinz, 2008). Tønnessen(1999) gjorde en studie hvor hensikten var å kartlegge hvordan sykepleiere beskriver det og i imøtekomme pasientens åndelige behov med det formål å få frem hvordan sykepleiere ser, forstår og handler i situasjoner der pasienten kan ha eller har åndelige behov. Funnene viser at Gud og døden snakker vi ikke om. Funn fra denne studien viser at politikk og religion snakker vi helst ikke om, det kan vi bruke presten til. Det kan se ut som Karlsson og Borg(2013)har rett i at feltet beveger seg for sakte, når resultatene viser ennå denne avstanden mot åndelig omsorg i psykisk helsefelt seksten år etter forrige studie.

Tønnessen (1999) viser også til funn som mangel på tid og kunnskap. Respondentene i denne studien forteller også om mangel på tid og kunnskap.

Psykisk helsefelt har en kultur som er preget av medisinsk, ontologisk og dualistisk syn på pasientene (Karlsson og Borg 2013). Til tross for føringer om helhetlig tilnærming og inkludering av åndelige sider, så forteller respondentene om den virkelighet at det faktisk har gått framover, men at det går sakte. De forteller om knapphet på tid og at de opplever motstand i systemet. Den respondenten som ikke arbeidet i konteksten "distriktpsykiatri" opplever tvert imot en åpenhet om åndelig omsorg, men da ofte på et kristent livssynsgrunnlag.

Praksiskonteksten hvor psykisk helsehjelp foregår i, vil innvirke på hva som blir fokuset i omsorgen i relasjonen til pasientene. Hvis feltet ikke anerkjenner åndelig omsorg som en del av den helhetlige omsorgen, så vil ikke pasientene heller få åndelig omsorg. Funn i denne studien viser at åndelige behov ikke er noe som blir spurt om i inkomstsamtaler eller i planlagte samtaler mellom behandlere og pasient.

Hvis åndelig omsorg skal fungere i praksis, så må feltet som denne skal utøves i, anerkjenne og planlegge denne delen av helhetlig omsorg. Da bør ledelsen og hver enkelt ansatt ta på alvor betydningen av åndelige og eksistensielle behov og ta ansvar for dette ved å sørge for at det er en reell plan i praksis som kommer pasienten og psykisk helsearbeideren til gode. Vi må være radikale skriver Aamodt(2006) i sin artikkel *Den nødvendige uroa*. Den profesjonelle må utfordre det bestående og ikke bare underlegge seg de dominerende tenkemåter og miljø. Vi må gå til roten av, være radikale dersom det bestående skal kunne endres (Aamodt m. fl. 2002). Hvis vi går til roten av strukturen og kulturen i det psykiske helsefeltet som er preget av historiske tankemønstre, der åndelig omsorg er både tabubelagt, personlig og med en medisintontologisk tankegang der den profesjonelle eier kunnskapen og løsningene, så må vi utfordre og være kritiske til denne kulturen. Vi må ta på alvor recovery's elementer av brukermedvirkning, styrkeperspektivet og Empowerment. Hvis hjelperen frykter systemet med et krav om lojalitet mot kulturen i arbeidsfeltet sitt uavhengig av hva som er til det beste for pasienten, så vil det skape et dilemma der den ansatte står fast mellom to "stoler". Det kan oppleves som et krysspress som igjen vil føre til enten flykt eller avstand. Funn i denne studien viser at det er en viss ambivalens til "kulturen" og systemet der en vil være lojal mot pasienten på den ene siden, og systemet på den andre siden.

Aarre hevder den medisinske modellen er utilstrekkelig og grunnlaget for hvordan vi har organisert psykiske helsetjenester faller (Aarre, 2010). Hvis det psykiske helsefeltet er preget av den medisinske modellen slik også Karlsson og Borg(2013) og Gadamer (2003) hevder, så er feltet utilstrekkelig, da åndelige og eksistensielle spørsmål forstås i en holistisk og helhetlig referanseramme og ikke ensidig medisinsk. Hvordan skal man kunne være delvis og hele samtidig, det blir en slags umulig ufullkommenhet som jeg vil kalle en "falskhet i systemet". Deltakerne må ha en styrende rolle i aktivitetene, noe som kan vekke motstand hos fagpersonellet (Tellnes, 2007).

En av respondentene i denne studien forteller også at han må bryte all motstand i systemet noen ganger for å møte pasienten på åndelige behov. Dette vitner om at det er store krefter i systemet som ikke ønsker å skape endring som igjen understreker viktigheten av å våge å utfordre det bestående, slik at hjelperen kan forholde seg til de utfordringene åndelig omsorg har i seg selv uten også motstand i systemet. WHO (2007) understreker at god åndelig helse er avgjørende for en helhetlig fungering.

## **6.6 Kritisk refleksjon i forhold til funn og åndelig omsorg i psykisk helsefelt**

I denne studien er det blitt tolket og vist til utsagn og funn etter beste evne. En studie kan aldri bli helt objektiv og feilfri, derfor må oppgaven leses i forhold til forfatters forforståelse, bakgrunn og egne erfaringer fra psykisk helsefelt. Litteraturen og de teoretiske referanserammene funn er blitt drøftet i, er et utvalg av mange mulige teorier og derfor ingen "sann" kunnskap. Betydningen av åndelig omsorg i psykisk helsefelt er hentet fra tidligere forskning og fra resultater fra pasienters egne erfaringer og derfor basert på dette grunnlaget. Hvis studien hadde tatt utgangspunkt i en annen definisjon av åndelig omsorg, så hadde resultatene kunne blitt annerledes. Kanskje har noen av respondentene ment noe annet enn det som er blitt tolket, men hovedfunn er nokså gjentakende fra de fleste respondenter.

Det finnes kulturer hvor åndelig omsorg har en større hverdagslig påvirkning og virke enn i Norge og det kan derfor stilles spørsmål til om en del av tabuet også kan ha en sammenheng med den norske kulturen for åndelighet. Spørsmålet er hvor mye pasienten egentlig forventer å bli møtt på åndelige behov i psykisk helsefelt i forhold til den

kulturen vi har i Norge på dette, selv om forskning viser at åndelig omsorg kan være svært betydningsfullt for den psykiske helsen vår.

## **7.0 Konklusjon**

Oppgavens problemstilling for denne studien var: "Hvilket ståsted har psykisk helsearbeidere i forhold til åndelig og eksistensiell omsorg i det psykiske helsefeltet? Hovedfunn er drøftet i lys av teori om psykisk helse, herunder salutogenese, recovery og helhetlig omsorgsteori herunder åndelig omsorg.

Hovedfunn i oppgaven viser et behov for å implementere en helhetlig, fast og trygg kunnskap om åndelig omsorg. Noen psykiske helsearbeidere mente at pasienter ikke har åndelige behov, derfor vil det være viktig at den psykiske helsearbeider forstår betydningen av åndelige behov og møter disse slik at pasienten ikke blir oversett. Tidligere forskning viser at åndelig omsorg har en stor betydning for pasienter og at pasientene føler seg oversett på denne delen i feltet. Psykisk helsearbeidere forteller hvor godt det er med prest på huset og overlater lett ansvaret for åndelig omsorg til presten. En av grunnene kan være usikkerhet og frustrasjon rundt åndelig omsorg generelt og mangel på bevissthet om egen kunnskap og kompetanse. Hvis det er slik, da er det ikke behovet for presten som er etterspørselen, men behovet for trygghet på egen rolle i forhold til åndelig omsorg. Funnt viser også at det er en del utfordringer i forhold til å utøve åndelig omsorg og en av disse er selve systemet og konteksten de ansatte arbeider i. Det er store krefter i systemet som ikke ønsker å skape endring som igjen understreker viktigheten av å våge å utfordre det bestående, slik at hjelperen kun kan forholde seg til de utfordringene åndelig omsorg har i seg selv, uten også motstand i systemet. For å vise motstykke til dette så fortalte den ene respondenten som ikke arbeidet i konteksten psykisk helsefelt tvert imot en åpenhet om åndelig omsorg, men da ofte på et kristent livssynsgrunnlag.

Funnt viser tidspress, tabu (Dahle & Torgauten, 2010), mangel på fokus og motstand i systemet. Mestring er viktig for både pasienter og den som utøver omsorgen. Å kunne mestre utfordringene i forhold til åndelig omsorg i psykisk helsefelt vil komme begge parter til gode. En av utfordringene er at det ikke blir gitt særlig mye undervisning i utdanningene i psykisk helsearbeid (Borge 2009). Det vil derfor være et behov for en



studieplan i utdanningen som legger vekt på den åndelige dimensjonen med pensum og kvalifiserte lærere. Respondentene forteller om at tema er følsomt og personlig og dette skaper noen ganger både overføring av egne meninger enten verbalt eller gjennom kroppsspråk eller holdninger. En annen utfordring er åndelig omsorg i forbindelse med psykosetilstander, og for å kunne mestre denne utfordringen så er det behov for kunnskap og kompetanse om psykose i relasjon til åndelig omsorg i et helhetlig øyemed. Hellsten (2009) skriver om at åndelighet kan mangle og respondentene sier alt kan bli sykt, mens tidligere forskning viser at åndelig omsorg kan være en betydelig styrke i forhold til recovery og salutogenese, så viser tidligere forskning at åndelig omsorg også kan være negativt for pasienter når det blir så "altoverskyggende". Det er behov for kompetanse når åndeligheten utfordres så brutalt.

Det ståstedet psykisk helsearbeidere har i forhold til åndelig omsorg i psykisk helsefelt er derfor at de ser at pasienter har åndelige behov, men ofte er disse behovene i forhold til Kristendom religion, da åndelig omsorg ofte blir assosiert med Kristendom. Derfor møter de pasientenes behov med å tilrettelegge for møter, lese i bibel eller andre Kristendomsrelaterte behov. Noen er mer åpne i forhold til hva som kan være åndelige behov, selv om samtalene med de ansatte er preget av denne assosiasjonen. Det som er karakteristisk for de psykisk helsearbeiders ståsted er at de på den ene siden opplever større åpenhet i feltet, mens de på den andre siden opplever motstand i feltet de jobber i. Det er mangel på opplæring, fokus og plan på den åndelige omsorgen i psykisk helsefelt. Mens det å jobbe i en kirke med psykisk lidelser har mindre motstand i forhold til åndelig omsorg og derfor opplever den diakonale medarbeideren at mange besøkende/pasienter føler de blir møtt på åndelige behov gjennom anerkjennelser.

Kanskje for å lykkes med helhetlig omsorg må vi forstå frustrasjonene og utfordringene med åndelig omsorg i psykisk helsefelt, for videre å ha fokus på disse, snakke høyt og gjøre noe med det. Wikstrøm (1994) sier; *alle de spørsmål eller undringer som er innebygd i det å være menneske, og som ethvert menneske før eller senere, mer eller mindre hardhendt blir tvunget til å konfronteres med- kalles eksistensielle spørsmål.* Dermed har åndelig omsorg en betydning for alle.

*...Målet må være både og formidlet og få en bevissthet altså, nærmest å få til en kjøreplan på hvordan man skal gå fram... altså psykisk helse må være krystallklart definert, bli ufarliggjort ...når du går utenom det religiøse, viser at det faktisk er en*

*større dimensjon, inkluderer alternative også...en medvandring i det åndelige mysterium er noe alle har behov for enten psykisk eller fysisk lidelse (Diakonal medarbeider Norske sjømannskirke 2014).*

## **7.1 Studiens betydning for praksis**

Hva kan vi gjøre for å bidra til at pasienter føler seg møtt på åndelige behov? Hvordan kan man løse de utfordringene som den ansatte møter i det psykiske helsefeltet når det gjelder åndelig omsorg? Denne studien har satt fokus og spisset seg inn på noen av de viktigste frustrasjoner og tabubelagte områder innen psykisk helsefelt som disse ansatte møter i sin hverdag i møte med psykisk lidende mennesker. Å sette fokus på områder hvor "skoen trykker", kan bidra til at praksisen kan bedres slik at det enkelte mennesket opplever å bli møtt på sin tro på det som gir den enkelte mening. Den enkelte psykisk helsearbeider kan på denne måten bidra til å inkludere denne studien i sin praksis som en refleksjon og sette lys på et viktig tema innenfor psykisk helsefelt slik at praksisen skritt etter skritt kan endres til det beste, til respekt for helhetlig omsorg for pasienten og legitimiteten i psykisk helsefelt.

## **7.2 Videre forskning**

I forhold til tidligere forskning og denne studien så er det behov for å implementere åndelige behov inn på agenda til psykisk helsefeltet. Empiri viser at åndelig vekst også kan være psykisk vekst, derfor kan en videre forskning være å utvikle en ny rutine i distriktpsykiatriske sentre som inkluderer åndelige og eksistensielle behov hos pasienten, for videre å teste verdien av denne planen og forbered og justere den etter behov til det er virkningsfullt og kommer pasientene til gode. Betydningen av åndelig omsorg i fagfeltet er undervurdert og et tabubelagt tema.

## Litteraturliste

- Aamodt, I. (2006). Den nødvendige uroa: en utfordring til brukerbegrepets utholdige letthet (pp. S. 99-112). Oslo: Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere.
- Aamodt, I., L.G. Aamodt og B. Jørgensen, (2002) Familier med store psykososiale belastninger. Nordisk sosialt arbeid nr 4.
- Aarre, T. F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforl.
- Aarre, T. F. (2011). Fem prinsipper for godt psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid [1503-6707]*, 8(02), 164-168.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-21.
- Antonovsky, A., & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barbosa da Silva, A., Hugaas, J. V., & Ljungquist, M. A. N. A. (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Borge, L. og Rolfsnes, J.K. (2009). Pasienters erfaring med sjelesorg i en psykiatrisk klinikk. *Sykepleien Forskning*, 2, 4, 142-149
- Borge, L. (2012). Helhet og sammenheng- om å møte eksistensielle og åndelige behov hos mennesker med psykiske lidelser. I: Danbolt, T & Nordhelle, G. (red). *Åndelighet mening og tro. Utfordringer i profesjonell praksis*, (s.117-134). Gyldendal akademisk.
- Dahle, S., & Torgauten, T. I. (2010). *Utviklingshemning og tros- og livssynsutøvelse: rettigheter og tilrettelegging*. Oslo: Universitetsforl.
- Ekeland, T. J. (1999). Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentelt mistak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening.*, 36, 1036-1047.
- El-Nimr, G., Green, L., & Salib, E. (2004). Spiritual care in psychiatry: Professionals' views. *Mental Health, Religion & Culture*, 7(2), 165-170.
- Evjen, R., Øiern, T., & Kielland, K. B. (2012). *Dobbelt opp: om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlag.
- Forskningsetiske komiteer (2009). *Beskyttelse av forsøkspersoner*. Lokalisert på <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Naturvitenskap-og-teknologi/Beskyttelse-av-forsokspersoner> Datert: 07.10.2014
- Foskett, J., Marriott, J., & Wilson-Rudd, F. (2004). Mental health, religion and spirituality: Attitudes, experience and expertise among mental health professionals and religious leaders in Somerset. *Mental Health, Religion & Culture*, 7(1), 5-22.
- Gadamer, H. (2003). *Den gåtfulla hälsan : Essäer och föredrag*. Ludvika: Dualis.
- Galanter, M. (2010). Spirituality in Psychiatry: A Biopsychosocial Perspective. *Interpersonal and Biological Processes*, 73(2), 145-157. doi: 10.1521/psyc.2010.73.2.145
- Hoff, E. J. (2000). *Akuttpsykiatri og åndelig omsorg: en kvalitativ pasientundersøkelse*. Oslo: [E.J.Hoff].
- Esben B. J. Jaer. (2005). Religion eller psykose? *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 2(03), 319-320.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Koslander, Tiburtius, Lindstrom, Unni A., & Barbosa da Silva, Antonio. (2013). The human being's spiritual experiences in a mental healthcare context; their positive and negative meaning and impact on health - a hermeneutic approach. (Report). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 560.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leenderts, T. A. (2014). *Person og profesjon: om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lie, K. (2002). *Eksistensiell og åndelig helseomsorg: en praktisk veileder*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Magelssen, M. F., Olav. (2011). En åndelig dimensjon er viktig for mange pasienter. *Tidsskrift for Den norske legeforening, Vol.131(2)*, 138-140.
- Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - Forutsetninger, muligheter og begrensninger *Qualitative methods in medical research - Preconditions, potentials, and limitations* (Vol. 122, pp. 2468-2472).
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Nordhelle, G., & Danbolt, Torill Førsum. (2012). *Åndelighet - mening og tro : utfordringer i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Napha.(2012) -Samhandling om psykisk helse- ni suksesshistorer- Recovery s.28-29 R.O. Grafikk NOU. (1999). *Helse og sykdom*. Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 : Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006. (2003)Rapport (Sosial- og helsedirektoratet). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Overgaard, A. E. (2003). *Åndelig omsorg: en lærebog : Kari Martinsen, Katie Eriksson og Joyce Travelbee i nyt lys*. København: Nyt nordisk forlag Arnold Busck.
- Rammeplan for 3-årig sosionomutdanning*. (2005). [Oslo]: Departementet.
- Rønning, G.O.(1994)Handling og struktur hos Anthony Giddens, Sosiologi i dag. Nr.1.
- Schmidt, H. (2009). *Har du tid til det, da? : om åndelig omsorg i sykepleien*. Nestun: Folio Forlag.
- Sosial- og, h. (2002). *Overordnet virksomhetsplan 2002*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stifoss-Hanssen, H., & Kallenberg, K. (1998). *Livssyn og helse: teoretiske og kliniske perspektiver*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Stordalen, J., Grasaas, Kari Krüger, & Hovland, Olav Johannes. (2005).*Grunnleggende behov*. Kristiansand: Høyskoleforlag.
- Tellnes, G. (2007). Salutogenese- Hva er det? *Michael Quarterly, 4*, 144-149.  
Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2/2008
- Tønnessen, S. (1998). "*Gud Og Døden Snakker Vi Ikke Om*" : *Hvordan Imøtekommer Sykepleiere Pasientens åndelige Behov? : En Kvalitativ, Deskriptiv Studie, 7/1999*.
- Ueland, V. (2013). *Lengsel - en kraft til helse*. Åbo: Åbo Akademis förlag/Åbo Akademi University Press.
- Wagenfeld-Heintz, E. (2008) One Mind or Two? How Psychiatrists and Psychologists Reconcile Faith and Science. Vol.47,no.3 (sep.,2008),pp.338-353. *Journal of Religion and health*.
- Werriø, C. R. G. (2013). økt satsing på åndelig omsorg. 1-2013. from [http://old.sykepleien.no/Content/1170212/13Kr1\\_eksistensielle\\_behov\\_doende\\_1564.pdf](http://old.sykepleien.no/Content/1170212/13Kr1_eksistensielle_behov_doende_1564.pdf)
- WHO, V. h. (2007). What is mental health? , from <http://www.who.int/features/qa/62/en/>
- Wikstrøm, O. (1994 ). Existensiella frågor, riter och omsorg – ett Religionspsykologisk perspektiv. *Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin., Nr.4(Omsorg)*.
- WHO. (2003), WHO definition of health URL: <http://www.who.int/about/definition/cn/print.html>, lest .15.5.2014

Nettsider URL:

<a href="http://www.erfaringskompetase.no/nyheter/det-gaar-ikke-bedre">http://www.erfaringskompetase.no/nyheter/det-gaar-ikke-bedre</a>	Lest sept.2014
<a href="http://www.etikkom.no">http://www.etikkom.no</a>	Lest april.2015
<a href="http://m.fn.no/bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklaring-om-menneskerettigheter/art.18">http://m.fn.no/bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklaring-om-menneskerettigheter/art.18</a>	Lest sept.2014
<a href="http://www.Fo.no/2002/yrkesetiske-retningslinjer-for-sosionomer">http://www.Fo.no/2002/yrkesetiske-retningslinjer for sosionomer</a>	Lest des.2013
<a href="http://www.lovdatab.no/1999-07-02-62">http://www.lovdatab.no/1999-07-02-62 (phlv1)</a>	Lest feb.2015
<a href="http://www.napha.no/content/1373/Etterlyse-tydelige-stemmer">http://www.napha.no/content/1373/Etterlyse-tydelige-stemmer</a>	Lest jan.2015
<a href="http://www.psykiskhelsearbeid">http://www.psykiskhelsearbeid</a>	Lest april.2014
<a href="http://www.rethink.org/REFOKUS">http://www.rethink.org/REFOKUS</a>	Lest aug. 2014

## Vedlegg 1: Intervjuguide

Kjønn?

Alder?

Hvilken stilling har du?

Utdanning?

Introduksjon og generelle spørsmål om Tema

Hvordan kan vi forstå åndelig omsorg i psykisk helsefeltet?

- Hvilke tanker har du om åndelig og eksistensiell omsorg i det psykiske helsefeltet/arbeidsplassen din?
- Hvilke erfaringer har du i forhold til tema.
- Hva tenker du er utfordringene om åndelig omsorg?
- Hvordan er åndelig og eksistensiell omsorg viktig eller uviktig for pasienten? Når?
- Hva er ditt eget livssyn? Hvordan kommer det til uttrykk i din relasjon til pasientene?
- Hvilke verdier er viktig i utøvelsen av psykisk helsehjelp?
- Hvilken forforståelse hadde du om tema da du begynte i feltet? Har dette endret seg?
- Hvilke andre eventuelle andre tanker har du om tema?
- Hvordan opplever du at pasienter har åndelige behov, hvilke?
- Hvordan tenker du at tema har betydning for psykisk helse/uhelse? Evt. Når?

## Vedlegg 2 Informasjonsskriv

### **Forespørsel om deltakelse i masteroppgavestudien "Åndelig omsorg og psykisk helse".**

#### **Introduksjon**

Mitt navn er Julie Anne Rosså og jeg er nå i mitt 4. semester i masterstudie i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger. I min masteroppgave ønsker jeg å undersøke hvilket ståsted ansatte i psykisk helsefelt har i forhold til den åndelige dimensjonen.

#### **Hensikt**

Hensikten med studien er å høre fortelling om hvilket ståsted ansatte har i forhold til åndelige og eksistensielle behov og omsorg i det psykiske helsefeltet. Videre ønsker jeg å drøfte dette for å finne ut om det er behov for videre avklaring eller forskning. Hovedformålet er å bidra til økt fokus og belyse temaet innen psykisk helsefelt.

#### **Invitasjon**

Jeg ønsker å intervju 5-7 ansatte i psykisk helsefelt som har ønsket å bli med. Som grunnlag for deltagelse stilles ingen krav til utdannelse eller alder, men det er en fordel med minimum et års erfaring innen behandling, miljøterapi og at den ansatte møter pasienter daglig.

Gjennom intervjuet vil jeg be deg fortelle om hvordan du tenker, opplever, erfarer temaet i din jobbhverdag. I intervjuet vil det bli brukt lydopptaker.

Intervjuet vil vare ca. 1 time og vil skje på eget grupperom. Tidspunkt for samtalen vil være i løpet av januar /februar 2013, og vi avtaler nærmere når du har bestemt deg for om du ønsker å delta.

All informasjon vil bli anonymisert og behandlet konfidensielt. Datamaterialet vil slettes når oppgaven er ferdig, senest innen utgangen av 2014.

Det er frivillig å delta og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Innsamlede data vil da bli slettet umiddelbart.

Dersom du har lyst og delta må du gi ditt skriftlige samtykke på vedlagt samtykkeerklæring.

Med vennlig hilsen

Venke Ueland  
Førsteamanuensis/Institutt for helsefag  
Helsefag Universitetet i Stavanger  
Tlf. 51 83 10 00

Julie-Anne Rosså  
Masterstudent v/ Institutt for  
Universitetet i Stavanger

### Vedlegg 3: Samtykkeerklæring

#### **Samtykkeerklæring**

##### **Masteroppgavestudien” Psykisk Helse og Åndelig Omsorg”.**

-En kvalitativ studie blant ansatte om det åndelige ståsted i det psykiske helsefeltet.

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien, og har interesse for å delta. På bakgrunn av dette samtykket gir jeg min tillatelse til å delta i studien og er villig til å bli intervjuet av Julie Anne Rosså.

Dato/Sted

---

Underskrift

---



## Vedlegg 4: Meldeskjema

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Postboks 1047  
N-5007 Brekke  
Bergen  
Tel: +47 55 58 21 17  
Fax: +47 55 58 54 50  
nsd@iuh.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Orgnr: 969 321 884

Venke Ueland  
Institutt for helsefag Universitetet i Stavanger  
Ullandhaug  
4036 STAVANGER

Vår dato: 10.02.2014

Vår ref: 37060 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.01.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>37060</i>	<i>Psykisk helse og åndelig msorg</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Venke Ueland</i>
<i>Student</i>	<i>Julie Anne Rosså</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Julie Anne Rosså [julianne.rossa@lyse.net](mailto:julianne.rossa@lyse.net)

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.

Ansvarlig produsent: Torbjørn Østnes

Østnes AS, Universitetsgt 20b, Postboks 1047 Brekke, 5007 Brekke, Bergen. Tlf: +47 55 58 21 11, [ostnes@iuh.uib.no](mailto:ostnes@iuh.uib.no)

NSD AS, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tlf: +47 73 35 19 19, [kjartan@iuh.uib.no](mailto:kjartan@iuh.uib.no)

Norsk Data AS, Universitetsgt. Trondheim, 7491 Trondheim. Tlf: +47 73 35 19 19, [nsd@iuh.uib.no](mailto:nsd@iuh.uib.no)