

AVH501

Masteravhandling i diakoni (30 ECTS)

**Å møte menneskers åndelige behov
- om samarbeidet mellom
kirken og helse- og omsorgstjenesten**

Kandidatnummer: Mette Bøe

Veileder: Førsteamanuensis og studiedekan Tormod Kleiven

Diakonova / Det teologiske Menighetsfakultet

Høsten 2010

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Valg av problemstilling	6
1.3 Hva er gjort før på dette området	7
1.4 Metode.....	8
1.4.1 Valget av det kvalitative forskningsintervju som forskningsmetode	8
1.4.2 Utvelgelse av informanter og hvordan jeg tok kontakt.....	9
1.4.3 Intervjuprosessen, transkribering og analyse	10
1.4.4 Reliabilitet og validitet.....	11
1.4.5 Min påvirkning av forskningsresultatene.....	11
1.5 Oppgavens oppbygging	12
2.0 Teoretiske perspektiver	13
2.1 Innledning	13
2.2 Samarbeid	13
2.2.1 Innledning	13
2.2.2 Ulike samarbeidsformer	13
2.2.3 Et samarbeid på tvers av ulike faggrupper	14
2.2.4 Oppsummering	15
2.3 Forståelsen av mennesket	16
2.3.1 Innledning	16
2.3.2 Hva er et menneske?	16
2.3.3 Menneskets åndelige dimensjon.....	19
2.4 Åndelig omsorg.....	21
2.4.1 Innledning	21
2.4.2 Åndelig omsorg innenfor teologien	21
2.4.3 Åndelig omsorg innenfor sykepleiefaget	24
2.4.4 Møte mellom den kristne sjelesorgen innenfor teologien og den åndelige omsorgen innenfor sykepleiefaget.....	27
3.0 Empirisk analyse	28
3.1 Innledning	28
3.2 Samarbeid	28
3.2.1 Kommunikasjon	28

3.2.2	Informasjon om hverandre	29
3.2.3	Holdninger.....	29
3.2.4	Samarbeid – et praktisk begrep	30
3.2.5	Oppsummering og refleksjon	30
3.3	Åndelige behov	31
3.3.1	Religiøse behov	31
3.3.2	Eksistensielle behov.....	32
3.3.3	Kulturelle behov	33
3.3.4	Oppsummering og refleksjon	33
3.4	Legge til rette for at mennesker kan gi uttrykk for sine åndelige behov.....	34
3.4.1	Å gi mennesker tid og rom.....	34
3.4.2	Å være på tilbudssiden.....	35
3.4.3	Oppsummering og refleksjon	36
3.5	Kirkens og helse- og omsorgstjenestens beskrivelse av sitt samarbeid	36
3.5.1	Kirkens og helse- og omsorgstjenestens samarbeidsområder	36
3.5.2	Gode og faste retningslinjer	37
3.5.3	Møte hverandre på en god måte	38
3.5.4	Positive erfaringer.....	39
3.5.5	Oppsummering og refleksjon	39
3.6	Samarbeidsrelasjonens betydning for å kunne møte menneskers åndelige behov	40
3.6.1	Forståelse av kompetanse.....	40
3.6.2	Forståelse av roller og forventninger	41
3.6.3	Oppsummering og refleksjon	42
3.7	Mulige utfordringer i samarbeidet mellom kirken og helse-	43
	og omsorgstjenesten.....	43
3.7.1	Avhenger av gode rutiner.....	43
3.7.2	Avhenger av personalet.....	43
3.7.3	Oppsummering og refleksjon	44
4.0	Drøfting.....	45
4.1	Innledning.....	45
4.2	Samarbeid	45
4.2.1	Samarbeidsbegrepet	46
4.2.2	Samarbeidsformer.....	46

4.2.3 Kommunikasjonsteori og samarbeid.	47
4.2.4 Oppsummering	49
4.3 Åndelige behov	49
4.3.1 Hva styrer diakonenes og sykepleiernes forståelse av åndelige behov?.....	50
4.3.2 Åndelige behov er medregnet i et helhetlig menneskesyn.....	50
4.3.3 Åndelige behov – i betydningen menneskets forhold til Gud.....	51
4.3.4 Åndelige behov – i betydningen menneskets forhold til det å skulle dø	51
4.3.5 Åndelige behov – i betydningen menneskets behov for å tilhøre et religiøst fellesskap	52
4.3.7 Oppsummering	53
4.4 Å møte menneskers åndelige behov.....	54
4.4.1 Hvem kan gi åndelig omsorg?.....	54
4.4.2 Å snakke med pasienter om åndelige behov	55
4.4.3 Å legge til rette for at mennesker kan få praktisere sin tro	56
4.4.4 Oppsummering	57
4.5 Hvordan forstår kirken og helse- og omsorgstjenesten deres samarbeidsrelasjon?.....	58
4.5.1 Et godt samarbeid mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten	59
4.5.2 Samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten trengs for å utøve et helhetlig menneskesyn.....	60
4.5.3 Samarbeidet trengs fordi kirken og helse- og omsorgstjenesten sitter med ulik kompetanse	60
4.5.4 Hvilken samarbeidsform kan beskrive kirkens og helse- og omsorgstjenestens forståelse av deres samarbeidsrelasjon?	62
4.5.5 Oppsummering	63
5.0 Konklusjon	65
5.1 Kirken og helse- og omsorgstjenesten trenger hverandre for å utøve et helhetlig menneskesyn i møte med menneskers åndelige behov.....	65
5.2 Kirken og helse- og omsorgstjenesten sitter på ulik kompetanse i møte med menneskers åndelige behov.....	66
5.3 Kirkens og helse- og omsorgstjenestens samarbeidsrelasjon i møte med menneskers åndelige behov.....	66
5.4 Hvordan burde samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten ha vært?....	67
5.5 Videre forskningsarbeid	67

6.0 Litteraturliste	69
Vedlegg nr 1: Brevet	72
Vedlegg nr 2: Intervjuguiden	73

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Min motivasjon for å skrive denne oppgaven har sin bakgrunn i at jeg har jobbet innenfor helse- og omsorgstjenesten siden jeg var ferdigutdannet sykepleier i 2003. I den sammenheng har jeg møtt på både positive og negative holdninger blant de ansatte til det å være kristen og til kirken som organisasjon. Det har gjort at jeg har vært usikker på hvordan jeg kan være med å møte menneskers åndelige behov. Jeg har møtt flere pasienter som har tatt initiativ til å snakke om åndelige spørsmål, men pga av min usikkerhet har jeg opplevd at slike samtaler har vært vanskelige. Gjennom masterstudiet i diakoni har jeg fått en større trygghet for at jeg kan ha med hele meg selv i sykepleierrollen, også min kristne tro. Det handler ikke om at jeg nå skal begynne å forkynde på jobb, men det handler om at jeg i mye større grad kan våge å gå inn i samtaler med pasienter om åndelige behov. Jeg har til gjengjeld opplevd at det har hatt betydning for de pasientene jeg har møtt. Videre har jeg vært i kontakt med flere pasienter som har hatt godt utbytte av å snakke med en diakon eller prest. I de sammenhengene er det ofte de ansatte innenfor helse- og omsorgstjenesten som har vært med å formidle denne kontakten. Ut fra min bakgrunn fikk jeg dermed lyst til å skrive om hvilken forståelse den lokale menigheten i Den norske kirke og den kommunale helse- og omsorgstjenesten har av sitt samarbeid, i forhold til det å møte menneskers åndelige behov. En slik oppgave vil kunne gi meg nyttig kunnskap, som jeg kan ta med meg videre uavhengig av hvor jeg begynner å jobbe når jeg blir ferdig med min master i diakoni.

1.2 Valg av problemstilling

Kirsti Lauvås og Per Lauvås skriver at begrepet samarbeidet er mye brukt i vårt daglige språk. Den hyppige bruken av begrepet, i tillegg til at begrepet blir anvendt i ulike sammenhenger, kan gjøre det vanskelig å definere samarbeid helt eksakt.¹ Forskjellige mennesker kan derfor ha forskjellige meninger om hva samarbeid egentlig er, og hva et samarbeid skal handle om. De samme forfatterne skriver videre at samarbeid kan innenfor organisasjonsarbeid bli brukt parallelt med begreper som samordning og integrering.² Richard H. Knoff sier at hensikten med samordning er å organisere ”det hver enkelt utøver gjør overfor en og samme

¹ Kirsti Lauvås og Per Lauvås, *Tverrfaglig samarbeid: Perspektiv og strategi*, ([Oslo]: TANO, 1994), 47.

² Lauvås og Lauvås, *Tverrfaglig samarbeid*, 47.

problemstilling/klient/pasient, slik at alle tiltak er vel tilpasset hverandre og ikke motvirker hverandre”.³

Lauvås og Lauvås mener at samarbeid er en nødvendighet i dagens samfunn, selv om det kan være utfordrende å få til et samarbeid på tvers av ulike organisasjoner, profesjoner og fag.⁴ I denne oppgaven ønsker jeg å fokusere på samarbeidet mellom kirken og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i forhold til å møte menneskers åndelige behov. Det gjør at jeg har valgt følgende problemstilling for min oppgave:

Hvordan forstår den lokale menigheten i Den norske kirke og den kommunal helse- og omsorgstjenesten, med vekt på sykepleierne, sitt samarbeid i forhold til å møte menneskers åndelige behov?

I oppgaven vil jeg ikke ta for meg samarbeidet med *den kommunale helse- og omsorgstjenesten* i sin helhet, som kan handle om hjemmesykepleie, lege, fysioterapi, helsesøster med mer. Jeg vil i hovedsak ta for meg et samarbeid med sykepleiere som jobber på sykehjem. Allikevel har jeg valgt å beholde begrepet helse- og omsorgstjenesten, siden begrepet ble brukt under intervjuene. Videre vil jeg bruke begrepet kirken i oppgaven, for å betegne *den lokale menigheten*. Innenfor den lokale menigheten vil jeg fokusere på diakonen og presten, selv om det også kan være andre ansatte og frivillige som driver et samarbeid med helse- og omsorgstjenesten i forhold til å møte menneskers åndelige behov. Jeg har intervjuet to diakoner, men siden litteraturen og de to sykepleierne jeg intervjuet kommer inn på prestens rolle, vil jeg nevne begge profesjonene i forbindelse med min oppgave.

1.3 Hva er gjort før på dette området

I følge kommuneforlaget innenfor Kommunenes Sentralforbund har det ikke blitt skrevet noen bøker om dette temaet før. Videre kunne en spesialrådgiver ved den fagpolitiske avdelingen i Norsk Sykepleieforbund bekrefte at det ikke har vært skrevet noe om dette temaet i nyere tid.

³ Richard H. Knoff, ”Den vanskelige ’samordningen’: Noen grunntrinn for samarbeidspartnere i primærtjenesten”. *Sosialt forum/Sosialt arbeid* nr. 9, (1985): 130.

⁴ Lauvås og Lauvås, *Tverrfaglig samarbeid*, 9, 16.

Det er imidlertid skrevet noen hovedfagsoppgaver som tar for seg sykepleierens møte med menneskers åndelige behov, hvor man har nevnt sykepleierens samarbeid med presten. Jeg mener at de tre følgende hovedfagsoppgavene har en spesiell relevans i forhold til min oppgave. Ada Bakke har skrevet en hovedoppgave i sykepleievitenskap som heter ”Sykepleiere i møte med åndelige behov hos døende: en intervju-undersøkelse med sykepleiere på sykehjem om deres erfaringer i møte med døende pasienters åndelige behov.” Hun skriver om sykepleierens mulighet til å henvise til presten dersom pasienten ønsker det. Åse Høivik skriver også om sykepleierens mulighet til å henvise til presten i sin hovedoppgave ved Institutt for spesialpedagogikk: ”Ved livets slutt: Sykepleie til døende i et sykehjem: en kvalitativ undersøkelse.” Videre skriver hun at presten kan fungere som en god samtalepartner for de ansatte. Kirsten Tornøe har skrevet en hovedfagsoppgave i kristendomskunnskap: ”Kan vi trøste hjertene? Hvordan møte alvorlig syke og døende pasienters åndelige behov?” Her skriver hun om forholdet mellom prest og sykepleier på et sykehus.⁵

1.4 Metode

1.4.1 Valget av det kvalitative forskningsintervju som forskningsmetode

Steinar Kvale og Svend Brinkmann skriver at det kvalitative forskningsintervjuet ønsker å forstå verden slik som intervjupersonene oppfatter verdenen: “Å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer, er et mål.”⁶ Jeg ønsker å se nærmere på kirkens og helse- og omsorgstjenestens erfaringer og opplevelser i forhold til det å samarbeide om å møte menneskers åndelige behov. I denne sammenhengen ønsker jeg at de kan få bruke sine egne ord for å forklare den forståelsen de har av samarbeidet med kirken / helse- og omsorgstjenesten. David Silverman henviser til Bridget Byrne som skriver at det kvalitative intervjuet gir muligheten for et bredere svar.⁷ Ved å gi informantene muligheten til å bruke egne ord, kan man få tak i flere nyanser av informantenes virkelighet.

⁵ Hennes hovedfagsoppgave har blitt bearbeidet og gitt ut som bok. Jeg henviser til den senere i oppgaven.

⁶ Steinar Kvale og Svend Brinkmann, *Det kvalitative forskningsintervju*, overs. av Tone M. Andersen og Johan Rygge, 2. utg. (Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2009), 21.

⁷ David Silverman, *Interpreting qualitative data: methods for analyzing talk, text and interaction, third edition* (London: Sage, 2006), 114.

I forbindelse med min oppgave har jeg intervjuet to ansatte innenfor kirken og to sykepleiere innenfor helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Dette for å få tak i hvilken forståelse de har av samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten i forhold til å møte menneskers åndelige behov. På grunn av at jeg har valgt kun fire informanter, er det ikke mulig å generalisere svarene og mene at den forståelsen av samarbeidets innhold som kommer fram gjennom oppgaven gjelder for alle sykepleiere og kirkelige ansatte.

1.4.2 Utvelgelse av informanter og hvordan jeg tok kontakt

For utvelgelsen av informantene la jeg følgende kriterier til grunn:

- Personen skulle være ansatt i kirken / ansatt som sykepleier i den kommune helse- og omsorgstjenesten.
- Personen skulle ha erfaring med det å samarbeide med kirken / helse- og omsorgstjenesten.

Først ønsket jeg å henvende meg til de daglige lederne på kirkekontorene i tilfeldige utvalgte kommuner på Østlandet, for å finne ut om det var noe samarbeid mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten i deres kommune. Jeg presenterte meg selv og min oppgave til den som tok telefonen på kirkekontorene, og jeg ble satt over til diakonene i alle kommunene. Den første diakonen jeg snakket med, fortalte meg at hun ikke hadde så mye samarbeid med helse- og omsorgstjenesten. Hun anbefalte meg å ringe noen andre kommuner i stedet. Til slutt kom jeg i kontakt med to diakoner i en kommune, og en diakon i annen kommune, hvor alle hadde noe samarbeid med helse- og omsorgstjenesten. Alle tre takket ja til å motta en skriftlig forespørsel om å stille opp på et intervju. I etterkant har jeg tenkt at jeg burde ha snakket med de daglige lederne på kirkekontorene i stedet, for det kan hende at de hadde anbefalt meg å intervju noen andre enn diakonene. Det er uvisst om det hadde ført til at jeg hadde fått andre svar og vinklinger på empirien.

Videre ønsket jeg å komme i kontakt med en sykepleier innenfor kommunale helse- og omsorgstjenesten i hver av de kommunene hvor diakonene jobbet. Jeg tok kontakt med helse- og sosialsjefen i den kommunen, og jeg spurte henne om hun visste om en sykepleier som kunne tenke seg å stille opp på intervju. Den andre kommunen var organisert på annet vis, og det gjorde at jeg tok kontakt med sjefen i en av sonene i kommunen. Begge sjefene sendte

mailen min videre til sykepleiere i kommunen, og på den måten kom jeg i kontakt med to sykepleiere som ønsket å motta en skriftlig forespørsel om å stille opp på intervju.

Jeg tok kontakt med diakonene og sykepleierne etter ca 1 uke for å høre om de kunne tenke seg å bli intervjuet. Begge sykepleierne og to av diakonene takket ja til å stille opp på intervju. I den ene kommunen med to diakoner, ønsket ikke den ene diakonen å bli intervjuet.

1.4.3 Intervjuprosessen, transkribering og analyse

Intervjuene ble foretatt på arbeidsstedet til de ulike informantene fra 10. januar til 2. februar 2010, og varte fra 20 minutter til 1 t 30 minutter. Jeg brukte stort sett alle spørsmålene fra intervjuguiden⁸ ved alle intervjuene, og i tillegg stilte jeg oppfølgende spørsmål ut fra informantenes svar. Under intervjuet brukte jeg båndopptaker for å få med meg mest mulig av det informantene sa. Disse opptakene vil bli slettet etter at jeg er ferdig med oppgaven.

I den skriftlige forespørselen⁹ stod det at informantenes svar ville bli behandlet konfidensielt av meg. Det gjorde at jeg under transkriberingen valgte å kalle diakonene for D1 og D2, sykepleierne for S1 og S2, og meg selv for I.¹⁰ Transkriberingen ble stort sett gjort ordrett, bortsett fra at jeg forandret noen muntlige ord og stavelser, og de stedene informantene rettet opp sitt eget svar. Jeg mener at transkriberingen ikke har gått utover det som er meningen med uttalelsene.

For å få en oversikt over hva informantene hadde sagt av relevans for min problemstilling, valgte jeg å bruke metoden Kvale og Brinkmann kaller for kategorisering¹¹ i forbindelse med analysen. Jeg valgte å kategorisere informantenes svar opp i 8 hovedtemaer, hvor jeg innenfor hovedtemaene delte opp svarene i undertemaer. På den måten fikk jeg en mulighet til å reflektere over hva informantene sa om relevante temaer i forhold til min problemstilling. Jeg har valgt å bruke Barbosa da Silvas inndelingen av det åndelige, for å kategorisere informantenes svar om åndelige behov.¹²

⁸ Intervjuguiden ligger som vedlegg nr. 2.

⁹ Den skriftlige forespørselen ligger som vedlegg nr 1.

¹⁰ I = Intervjueren.

¹¹ Jfr Kvale og Brinkmann, *Det kvalitative forskningsintervju*, 208-209.

¹² Se kapittel 2.3.3.1 og 3.3.

Etter at jeg var ferdig med analysen fikk informantene lese igjennom det som jeg hadde brukt av deres intervju, for å høre om jeg hadde forstått de riktig. To av informantene ønsket at jeg skulle gjøre om noen detaljer, og jeg gjorde de forandringene.

1.4.4 Reliabilitet og validitet

Kvale og Brinkmann skriver at reliabilitet handler om hvorvidt forskningen er troverdig.¹³ Jeg mener at min forskning blir troverdig gjennom at jeg har brukt direkte sitater fra informantene, og vært tydelig på hvordan jeg har tolket sitatene. Videre mener jeg forskningen blir troverdig gjennom at jeg har vedlagt intervjuguiden, slik at det er mulig for andre å se nærmere på hvilke spørsmålstillinger jeg har brukt.

I følge Kvale og Brinkmann handler validitet om hvorvidt en metode kan brukes til å undersøke det den skal undersøke.¹⁴ Jeg mener at det kvalitative forskningsintervjuet kan brukes til å undersøke hvilken forståelse kirken og helse- og omsorgstjenesten har av deres samarbeid i forhold til å møte menneskers åndelige behov. Videre skriver Kvale og Brinkmann at validitet handler om alle stadier av et intervjuprosjekt. Det handler dermed om at forskeren må spille ”rollen som djevelens advokat overfor sine egne funn.”¹⁵ I den sammenhengen tenker jeg at det handler om å være tydelig på hva man har gjort, og være opptatt av å gi et så nøyaktig bilde som mulig av den virkeligheten man har undersøkt. Ved å være tydelig på hva man har gjort og hva man mener, åpnes det opp for at andre kan være enig eller uenig. Dette er noe jeg har prøvd å etterstrebe i forbindelse med min oppgave.

1.4.5 Min påvirkning av forskningsresultatene

Jeg som intervjuer kan ha vært med på å påvirke informantenes svar, ut fra at det var jeg som bestemte dagsordenen og spørsmålsstillingene. Informantene kunne ha gitt andre svar dersom dagsordenen var annerledes. Jeg stilte til slutt i intervjuet et åpent spørsmål, for å åpne opp for andre vinklinger og tanker som ikke hadde kommet fram gjennom mine spørsmål. På en annen side kan det stilles et spørsmålstegn ved hvorvidt et slikt spørsmål forble åpent da dagsordenen for intervjuet allerede var gitt.

¹³ Kvale og Brinkmann, *Det kvalitative forskningsintervju*, 250.

¹⁴ Kvale og Brinkmann, *Det kvalitative forskningsintervju*, 250.

¹⁵ Kvale og Brinkmann, *Det kvalitative forskningsintervju*, 254.

I møte med diakon D2 stoppet intervjuet opp et par ganger pga noen misforståelser i forhold til hva jeg og han prøvde å si. Jeg ble litt distraheret i forhold til dette, og det gjorde at jeg ikke klarte å stille så mange utdypende, oppklarende eller bekreftende spørsmål som jeg i ettertid har tenkt at jeg burde ha gjort. Det kan ha ført til at diakonen D2 ikke fikk gitt så utfyllende svar som han kunne ha gjort.

1.5 Oppgavens oppbygging

Etter *innledningen* kommer det et *teorikapittel*, hvor jeg i begynnelsen skriver om hva et samarbeid kan handle om. Videre vil jeg skrive om hva kirken og helse- og omsorgstjenesten, med vekt på sykepleierne, har med seg inn i et samarbeid på tvers. I den sammenhengen vil jeg komme inn på deres ulike menneskesyn og deres ulike tanker om åndelig omsorg. Etter teorikapittelet kommer *den empiriske analysen*, hvor jeg har delt opp informantenes svar under temaer som er relevante i forhold til min problemstilling. *Drøftingen* er den neste delen, hvor jeg vil drøfte forholdet mellom empiri og teori. Tilslutt i oppgaven kommer *konklusjonen* hvor jeg vil prøve å oppsummere svaret på problemstillingen.

2.0 Teoretiske perspektiver

2.1 Innledning

Ut fra min problemstilling har jeg valgt å fokusere på tre ulike teoriperspektiver. Det første teoriperspektivet jeg vil fokusere på er samarbeid. Jeg vil gå inn på hva samarbeid handler om generelt, for å si noe om hva samarbeid kan handle om i forholdet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten. De to andre teoriperspektivene tar for seg hva kirken og helse- og omsorgstjenesten, med vekt på sykepleiere, har med seg inn i et samarbeid. I den sammenhengen vil jeg skrive om det kristne menneskesynet og den sykepleiefaglige forståelsen av mennesket, og videre komme inn på hva de mener med menneskets åndelige dimensjon. Til slutt vil jeg skrive om hvordan teologien og sykepleiefaget tenker at man kan møte menneskers åndelige behov.

2.2 Samarbeid

2.2.1 Innledning

I dette kapittelet vil jeg skrive om hva et samarbeid kan innebære. Litteraturen jeg har brukt går ikke direkte på samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten, men jeg mener at man kan trekke klare paralleller til det samarbeidet likevel. Jeg vil komme inn på ulike samarbeidsformer, og hva et samarbeid kan bety på tvers av faggrupper. Til slutt vil jeg skrive noe om utfordringer i forhold til kommunikasjon når man skal samarbeide.

De fleste forfatterne jeg har brukt under dette kapittelet har en pedagogisk bakgrunn, hvor Grace I. Romsland i tillegg er sykepleier.

2.2.2 Ulike samarbeidsformer

Grace I. Romsland skriver om tre ulike former for faglig samarbeid: flerfaglig samarbeid, tverrfaglig samarbeid og funksjonell tverrfaglighet. De ulike samarbeidsformene gir ulikt ideologisk grunnlag, ulik evne til å sette felles målsettinger, ulik organisering av arbeidet og ulike samarbeidsforhold.¹⁶ I følge Romsland snakker man om *flerfaglig samarbeid* når flere faggrupper kun samarbeider der det er nødvendig for å oppnå faggruppens mål, og for å gi pasienten det beste tilbudet. De ulike faggruppene bruker sin faglige basis for å belyse et

¹⁶ Grace I. Romsland, "Tverrfaglig samarbeid og etikk" i *Etikk for helsefagene*, red. av Åshild Slettebø og Per Nortvedt, 149-170 (Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2006), 153.

problem, men kunnskapen blir ikke brukt til å lage en syntese av kunnskap på tvers av fagene. Romsland skriver at flerfaglig samarbeid er en vanlig og bra samarbeidsform innenfor helsesektoren, men kan i noen sammenhenger komme til kort.¹⁷

Videre skriver Romsland at et *tverrfaglig samarbeid* ofte er nødvendig i helsesektoren for å kunne gi pasienter med behov for hjelp fra ulike tjenester ”et best mulig og personlig tilpasset tilbud.”¹⁸ De ulike samarbeidspartnerne bør ha en viss kompetanse om samarbeidsområdet. Videre kan det tverrfaglige samarbeidet gi hjelp til å se faglige og etiske spørsmål fra ulike synsvinkler, og i fellesskap kan det lages en felles syntese av kunnskap. Faggruppene blir enige om hvordan de skal bidra med sin kompetanse i forhold til å nå felles mål. Det tverrfaglige samarbeidet vil dermed gi et mer helhetlig pasienttilbud, hvor tiltakene er koordinert på en bedre måte.¹⁹ Lauvås og Lauvås skriver at målet med et tverrfaglig samarbeid er:

ikke å viske ut faglige skiller, men å utvikle samarbeidet slik at fagbasert kompetanse virkelig blir utnyttet innenfor en felles organisatorisk ramme, og slik at helheten blir bedre ivaretatt enn den ellers ville ha blitt (forfatterens utheving).²⁰

I følge Romsland kalles den tredje formen for samarbeid for *funksjonell tverrfaglighet*. Et slikt samarbeid er bygd på felles kunnskap og ideologi, og kjennetegnes av felles mål og stor grad av fleksibilitet.²¹ Slik jeg forstår skillet mellom tverrfaglig samarbeid og funksjonell tverrfaglighet, er at det er en enda tettere kontakt mellom samarbeidspartnerne ved funksjonell tverrfaglighet. Jeg vil i drøftingen komme tilbake til hvilke av disse samarbeidsformene som kan være beskrivende for samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten.

2.2.3 Et samarbeid på tvers av ulike faggrupper

2.2.3.1 Et samarbeid på tvers av ulike verdier og ulike menneskesyn

Lauvås og Lauvås skriver at tverrfaglig samarbeid er ønskelig for å ivareta et helhetlig syn på sykdom og behandling. I den sammenheng kan det være utfordrende at ulike profesjoner har med seg ulik kunnskap, ulike verdier og ulike menneskesyn. De ulike bakgrunnene kan føre til uenighet om hva som er helhet, hva helheten består av og hvordan arbeidet skal fordeles

¹⁷ Romsland, ”Tverrfaglig samarbeid og etikk”, 150, 153.

¹⁸ Romsland, ”Tverrfaglig samarbeid og etikk”, 149.

¹⁹ Romsland, ”Tverrfaglig samarbeid og etikk”, 150, 153.

²⁰ Lauvås og Lauvås, *Tverrfaglig samarbeid*, 182.

²¹ Romsland, ”Tverrfaglig samarbeid og etikk”, 154.

innenfor helheten. ”Kunnskap av betydning for behandling av klientens sykdom eller skade begrenses av det faglige perspektiv man ser behandlingen ut ifra.”²² Kirken og helse- og omsorgstjenesten kan i forhold til min problemstilling ha med seg ulike menneskesyn og tanker om menneskets åndelige behov.

2.2.3.2 Utfordringer i forhold til kommunikasjon

I følge Rolf Petter Larsen er de fleste klar over at god kommunikasjon er avgjørende for å få til et godt samarbeid. Likevel kan man møte på kommunikasjonsproblemer. Noen kan ha vanskeligheter i forhold til det å formidle et budskap klart og tydelig, og det kan føre til både misforståelser og konflikter. Det fins også faktorer som kan påvirke hvordan budskapet blir oppfattet, som holdninger til hverandre eller oppgaven, dagsform, uklar begrepsbruk og dialektsforståelse.²³ Romsland skriver at ”den faglige spesialiseringen kan føre til ulik forståelse av en rekke tilsynelatende like faglige begreper.”²⁴ Larsen og Romsland er opptatt av at fagspråket kan by på utfordringer i et samarbeid. Kirken og helse- og omsorgstjenesten kan ha ulikt språk for å snakke om samarbeid og åndelige behov.

I følge Lauvås og Lauvås kommuniserer vi alltid på to plan; det ene planet er selve saksforholdet og det andre planet handler om en relasjonsavklaring. De mener at noen ganger kan samarbeidspartnerne bli mer opptatt av å avklare relasjonen seg i mellom, i stedet for å fokusere på pasienten.²⁵ Det kan i et samarbeid mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten være viktig å finne den rette balansen mellom å fokusere på relasjonen seg i mellom og fokusere på pasientens behov.

2.2.4 Oppsummering

Det fins ulike typer samarbeid: flerfaglig samarbeid, tverrfaglig samarbeid og funksjonelt tverrfaglig samarbeid. Videre vil jeg komme tilbake til hvilke av disse samarbeidsformene som kan være beskrivende for samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten.

De ansatte innenfor kirken og helse- og omsorgstjenesten består av ulike faggrupper som kan by på muligheter og utfordringer i forhold til et samarbeid på tvers. Faggruppene vil ha med

²² Lauvås og Lauvås, *Tverrfaglig samarbeid*, 138.

²³ Rolf-Petter Larsen, *Teamutvikling: Teambygging og teamarbeid* (Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 1998), 116.

²⁴ Romsland, ”Tverrfaglig samarbeid og etikk”, 152.

²⁵ Lauvås og Lauvås, *Tverrfaglig samarbeid*, 157-158.

seg ulik kunnskap, ulike verdier og ulike menneskesyn, som gjør at de kan ha forskjellige bilder av samarbeid og åndelige behov. Videre kan det oppstå kommunikasjonsproblemer mellom samarbeidspartnere, ut fra at man bruker språket og/eller ulike begreper forskjellig. Kirken og helse- og omsorgstjenesten kan ha et ulikt språk for å snakke om åndelige behov. God kommunikasjon kan handle om å finne en god balanse mellom å avklare saken og relasjonen i samarbeidet.

2.3 Forståelsen av mennesket

2.3.1 Innledning

I dette kapittelet vil jeg behandle hva det kristne menneskesynet og den sykepleiefaglige forståelsen av mennesket sier om mennesket, og deretter se på forskjeller og likheter mellom menneskesynene. Jeg vil videre komme inn på hva de mener spesifikt med menneskets åndelige dimensjon, og til slutt se på forskjeller og likheter mellom menneskesynene i forhold til forståelsen av menneskets åndelige dimensjon.

De forfatterne jeg har brukt under det kristne menneskesynet tilhører ulike teologiske tradisjoner, og i tillegg har en av dem en filosofisk forankring, Jan-Olav Henriksen. Innenfor den sykepleiefaglige forståelsen av mennesket har jeg brukt ulike sykepleiere med ulike videreutdannelser, sykepleieteoretikere, og en lærer med videreutdanning innen sykepleiefaget, Nina Jahren Kristoffersen.

2.3.2 Hva er et menneske?

2.3.2.1 Et helt menneske innenfor det kristne menneskesynet

I følge Jon Vegar Hugaas og António Barbosa da Silva er det kristne menneskesynet opptatt av at mennesket er skapt av Gud. Guds skapelse av mennesket gjør at hvert menneske er unikt, og det blir dermed tillagt en uendelig verdi. Denne forståelsen av mennesket bygger på hva Bibelen sier om det å være menneske, og den kulturelle tolkningen av disse tekstene.²⁶ I følge John Steinar Jacobsen skriver Bibelen at mennesket består av ånd og kropp (1 Mos 2,7) og av kropp, sjel og ånd (1 Tess 5,23), men uansett utgjør menneskets ulike dimensjoner et helt menneske. Han skriver videre at i Bibelen blir ordene ”ånd” og ”sjel” brukt om

²⁶ Jon Vegar Hugaas og António Barbosa da Silva, ”Det kristne humanistiske menneskesynet og lidelses mening” i *Etikk i helsetjenesten: En moralfilosofisk analyse av forholdet mellom livssyn, menneskesyn og sykdomsbegrep i historisk og systematisk perspektiv*. António Barbosa da Silva med bidrag av Hans Magnus Solli, Marie Ljungquist og Jon Vegar Hugaas, 58-82 (Stavanger: Misjonshøgskolens forlag, 2000), 59-60.

hverandre, og "sjel" kan også handle om "kroppen".²⁷ Bibelen gir ikke noe klart bilde av hvordan forholdet er mellom menneskets ulike dimensjoner, men Bibelen tar på alvor at menneskets ulike dimensjoner utgjør et unikt og helt menneske.

Jan-Olav Henriksen skriver om forholdet mellom menneskets kropp og sjel. Han våger en påstand om at "menneskets sjel er dets selvforståelse." Selvforståelsen er knyttet til en forståelse av å være et unikt og avgrenset individ i møte med andre, samtidig som man står i relasjon til noe utover en selv. Denne selvforståelsen har sitt grunnlag i kroppen, samtidig som den har religiøse implikasjoner. Mennesket gis gjennom sjelen en forbindelse med de ulike dimensjonene i verden, som ikke er mulig gjennom kroppen i seg selv.²⁸ "Sjelen trenger kroppen – men kroppen trenger også sjelen – for å utvikle en form for liv og velvære som svarer til det å være menneske i multidimensjonal mening."²⁹ Henriksen uttrykker også et helhetlig menneskesyn, hvor menneskets kropp og sjel hører sammen. Samtidig vektlegger han at sjelen har religiøse implikasjoner, og ut fra min forståelse får dermed sjelen også en tilknytning til det åndelige i mennesket. Henriksen vektlegger at mennesket trenger de ulike dimensjonene for å leve livet som et helt menneske.

2.3.2.2 Et helt menneske innenfor den sykepleiefaglige forståelsen

I følge Nina Jahren Kristoffersen er det humanistiske menneskesynet mest utbredt innenfor sykepleiefaget. Det handler om at mennesket blir sett på som en helhet, med sin fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjon. Helheten handler om mer enn summen av de enkelte dimensjonene. Den sykepleiefaglige forståelsen av mennesket er i følge Kristoffersen opptatt av at mennesket er unikt. "Ethvert menneske er verdifullt, ikke i kraft av hva det gjør, men fordi det er et menneske. Ethvert menneske har derfor et ubetinget krav på respekt."³⁰ Ut fra det Kristoffersen skriver her, ser den sykepleiefaglige forståelsen av mennesket på mennesket som en unik helhet.

²⁷ John Steinar Jacobsen, "Det kristne menneskesynet" i *Hva er et menneske? En artikkelsamling om menneskesynsspørsmål*, skrevet av Jostein Sæther, Åse Madsen, John Steinar Jacobsen, Siv Yndestad, Roald Kvam og Kristian Helland, 73-92 (Bergen: NLA-forlaget, 1996), 80-81.

²⁸ Jan-Olav Henriksen, *Imago Dei: Den teologiske konstruksjonen av menneskets identitet* (Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2003), 69-70.

²⁹ Henriksen, *Imago Dei*, 71.

³⁰ Nina Jahren Kristoffersen, red., "Verdier og verdigrunnlag i sykepleie" i *Generell sykepleie 1: Fag og yrke: Utvikling, verdier og kunnskap*, 239-300 (Oslo: Universitetsforlaget AS, 1996), 253.

Sykepleieteoretikerne Joyce Travelbee og Katie Eriksson skriver også om mennesket, og forholdet mellom menneskets ulike dimensjoner. Travelbee nevner menneskets ulike dimensjoner gjennom hvordan hun definerer lidelse. Lidelse er: ”en erfaring som varierer i intensitet, varighet og dybde. Lidelse er en følelse som spenner fra en enkel, forbigående, fysisk, psykisk eller åndelig ubehag til ekstrem angst og kval.”³¹ I følge Travelbee er ikke sykdom bare et fysisk eller følelsesmessig problem, det kan også være åndelig.³² Travelbee vektlegger at lidelsen og sykdommen kan være både fysisk, psykisk og åndelig, noe som får fram ulike dimensjoner ved mennesket.

Eriksson nevner eksplisitt at mennesket består av kropp, sjel og ånd. Et annet sted nevner hun at mennesket har forskjellige livsrom, som hun deler opp i fysisk, psykososialt eller fysisk-psykososialt og åndelig livsrom. Eriksson skriver at sykepleieren har et helhetssyn på omsorgen dersom hun i møte med pasientens behov, har med seg en bevissthet om at det er sammenheng mellom pasientens behov og pasienten som helhet.³³ Mennesket består i følge Eriksson av kropp, sjel og ånd. Hun nevner også tre ulike livsrom som mennesket kan ha. To av livsrommene har hun kalt fysisk og åndelig. Det siste livsrommet kaller hun psykososialt eller fysisk-psykososialt, hvor hun gir det psykiske og sosiale plass innenfor et livsrom. Hun har derfor med de fire dimensjonene som Kristoffersen nevnte. Eriksson er også opptatt av at menneskenes dimensjoner gjør mennesket helt.

2.3.2.3 Møte mellom det kristne menneskesynet og den sykepleiefaglige forståelsen av mennesket

Både det kristne menneskesynet og den sykepleiefaglige forståelsen av mennesket har et helhetlig menneskesyn, hvor det er tydelig at mennesket er satt sammen av ulike dimensjoner. Begge menneskesynene er opptatt av at mennesket er unikt og at mennesket har en åndelig dimensjon. Menneskesynene har ikke den samme begrunnelsen for menneskets unikhhet, da det kristne menneskesynet kobler menneskets unikhhet til at mennesket er skapt av Gud. Den samme begrunnelsen finner man ikke like tydelig innenfor den sykepleiefaglige forståelsen av menneske.

³¹ Joyce Travelbee, *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, overs. av Kari Marie Thorbjørnsen (Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2001), 99.

³² Travelbee, *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, 242.

³³ Katie Eriksson, *Omsorgens idé*, overs. av Anne Elsebet Overgaard (København: Munksgaard, 1996), 45, 70, 79.

2.3.3 Menneskets åndelige dimensjon

2.3.3.1 Menneskets åndelige dimensjon innenfor det kristne menneskesynet

I følge Henriksen har menneskets åndelighet sin opprinnelse i naturen, ved at det er menneskets sansevner og instinktreduksjon som gjør det mulig å oppleve et Guds nærvær i og gjennom naturen. Videre skriver Henriksen at menneskets søken utover det gitte og umiddelbare, vil teologien forklare ut fra noe mer enn drifter og begjær. Mennesket søker etter å få et mer helhetlig bilde av verden enn det selv kan skape.³⁴ Henriksen henviser i den sammenhengen til Augustins henvendelse til Gud: ”mitt hjerte er urolig inntil det finner hvile hos deg”.³⁵ Menneskets åndelige behov kan ut fra det Henriksen skriver handle om menneskets søken etter noe større utenfor seg selv, og etter Gud. Henriksen skriver også om det kristne menneskesynet tre hovedlinjer: mennesket som skapt, synder og frelst³⁶, og det har også betydning for menneskets forhold til Gud.

Barbosa da Silva skriver at begrepet ”åndelig” kan forstås på tre ulike måter. ”Åndelig” kan for det første handle om kulturelle verdier. I en annen betydning brukes ”åndelig” synonymt med det ”eksistensielle”, og i den forbindelse blir åndelige spørsmål og eksistensielle spørsmål det samme. Eksistensielle spørsmål kan være spørsmål omkring livets og lidelsens mening, skyld, frihet, ansvar og fortvilelse. Det åndelige blir dermed sett på som noe universelt for alle mennesker. I den tredje betydningen av ”åndelig” kan det oversettes med det religiøse. Det åndelige handler i den sammenhengen om synd og skyld, behovet for å forsones seg med Gud, frelse, håp om et evig liv eller frykt for å gå fortapt.³⁷ Barbosa da Silvas inndelingen av det åndelige i kulturelle, eksistensielle og religiøse behov kan få frem at menneskets åndelige dimensjon kan forstås på ulikt vis. Forfatteren er utdannet teolog, men det er usikkert om han her gir det åndelige en teologisk eller antropologisk begrunnelse. Inndelingen kan bli sett på som motstridende til den oppfatningen om at det åndelige først og fremst handler om menneskets forhold til Gud, som Henriksen skriver om. På en annen side er det er mulig å tenke seg at de ulike forståelsene henger sammen, slik at det eksistensielle og kulturelle hører sammen med det religiøse.

³⁴ Henriksen, *Imago Dei*, 47, 66.

³⁵ Henriksen, *Imago Dei*, 66.

³⁶ Henriksen, *Imago Dei*, 18.

³⁷ António Barbosa da Silva, ”Det kristne menneskesyns bidrag til helhetssynet på omsorgen i et pluralistisk samfunn” i *Prismet: Pedagogisk tidsskrift* 50, nr 6, (1999): 251.

2.3.3.2 Menneskets åndelige dimensjon innenfor den sykepleiefaglige forståelsen

I følge Berit Sæteren kan sykdom utfordre menneskers tanker om døden og hva som er meningen med livet. Mange kan i den forbindelse oppleve en eksistensiell ensomhet, og det kan henge sammen med menneskets åndelige dimensjon. Sæteren skriver videre at det åndelige kan forstås som allmenne eksistensielle utfordringer, og menneskets individuelle svar på disse utfordringene. Menneskene kan stille spørsmål som: Hva er meningen med livet mitt? Finnes det noen som er glad i meg? Er det en Gud? Hva skjer etter døden? Det kan være forskjellig fra menneske til menneske om svarene vil ha sitt fundament i en religiøs eller sekulær livsforståelse.³⁸ Menneskets åndelige dimensjon handler ut fra det Sæteren skriver om menneskets forhold til det eksistensielle, og kan også handle om forholdet til Gud.

Eriksson og Travelbee skriver om hva menneskets tro kan bety i møte med livet. Eriksson plasserer troen innenfor det åndelige livsrom. Hun skriver at et hvert menneske har en form for tro på noe utenfor mennesket, som gir trygghet, trøst og håp i livet.³⁹ I følge Travelbee kan menneskers religiøse overbevisning gjøre det enklere å akseptere sykdom og lidelse. Akseptasjonen skjer ut fra en forståelse av hvordan livet er, og ”en fast overbevisning om det deres religiøse tro lærer dem”.⁴⁰ Både Travelbee og Eriksson skriver at troen kan gi hjelp til å mestre livet, og de er dermed ut fra min forståelse opptatt av menneskets åndelige behov. De er opptatt av at troen kan være med å gi styrke til å takle livet og sykdommen.

Sæteren skriver at tro, håp og kjærlighet er viktige sider av menneskets åndsdimensjon. Håpet kan være knyttet til tro, andre mennesker, det å føle seg nyttig eller være knyttet til et ønsket mål.⁴¹ Videre kan håpet om en bedre fremtid gi trøst til å leve dagen i dag. Noen pasienter kan forbinde håpet med oppstandelse, nytt liv eller håpet om å treffe igjen de som har dødd før.⁴² I følge Sæteren er håpet en viktig del av menneskets åndsdimensjon, og håpet kan være med å gi styrke til leve videre.

³⁸ Berit Sæteren, ”Åndelig og eksistensiell omsorg” i *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*, red av Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg, 3. utg., 304-316 (Oslo: Akribe AS, 2010), 304-305, 308.

³⁹ Eriksson, *Omsorgens idé*, 45, 51.

⁴⁰ Travelbee, *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, 111.

⁴¹ Sæteren, ”Åndelig og eksistensiell omsorg”, 310-311.

⁴² Berit Sæteren, ”Omsorg for døende pasienter” i *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*, red av Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg, 3. utg., 235-256 (Oslo: Akribe AS, 2010), 250.

2.3.3.3 Møte mellom det kristne menneskesynet og den sykepleiefaglige forståelsen av mennesket i forhold til menneskets åndelige dimensjon

Det kristne menneskesynet fokuserer i større grad enn den sykepleiefaglige forståelsen av mennesket på at menneskets åndelige dimensjon kan handle om menneskets forhold til Gud, men allikevel er det en enighet om at menneskets åndelige dimensjon kan handle om menneskets forhold til Gud.

Barbosa da Silva presenterer tre forståelser av det åndelige som kan gi ulike behov: eksistensielle, kulturelle og religiøse. Inndelingen kan tolkes til å favne mer enn Henriksens forståelse av menneskets åndelige dimensjon. På en annen side kan man si at de ulike forståelsene henger sammen og utgjør det åndelige i mennesket. Videre kan Barbosa da Silvas definering være med å bygge en bro mellom det kristne menneskesynet og den sykepleiefaglige forståelsen av mennesket, ved at mennesker med ulik tro eller overbevisning kan være enig i deler av hans definisjon av det åndelige.

2.4 Åndelig omsorg

2.4.1 Innledning

Dette kapittelet tar for seg hva åndelig omsorg handler om innenfor en teologisk tradisjon og innenfor sykepleiefaget. Jeg vil når jeg spesifikt skriver om åndelig omsorg innenfor teologien bruke ordet sjelesorg, fordi det begrepet blir brukt i mye større grad innenfor den litteraturen jeg har brukt. Tilslutt vil jeg se på likheter og forskjeller mellom sjelesorgen innenfor teologien og den åndelige omsorgen innenfor sykepleiefaget.

Litteraturen jeg har brukt i forhold til sjelesorg innenfor teologien er hentet fra diakoniplanen og ulike teologer. Videre er litteraturen om den åndelige omsorgen innenfor sykepleiefaget hentet fra de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, helsepersonelloven, ulike sykepleieteoretikere og ulike sykepleiere med forskjellige videreutdannelser.

2.4.2 Åndelig omsorg innenfor teologien

”Plan for diakoni for Den norske kirke” definerer diakoni som ”kirkens omsorgstjeneste. Den er evangeliet i handling og uttrykkes gjennom nestekjærighet, inkluderende fellesskap, vern

om skaperverket og kamp for rettferdighet.”⁴³ En omsorgstjeneste som skal vises gjennom blant annet nestekjærlighet og inkluderende fellesskap bør ta hele mennesket på alvor, også menneskets åndelige behov. Senere i diakoniplanen står det at: ”Kirken er på en særlig måte kalt til å møte de åndelige eller religiøse behovene som ligger innvevd i menneskers nød og smerte.”⁴⁴ Diakoniplanen tydeliggjør dermed at kirken har et mandat i forhold til å møte menneskers åndelige behov med åndelig omsorg / sjelesorg.

Tor Johan S. Grevbo skriver at begrepet sjelesorg assosierer mange med en helhetlig omsorg, med en spesiell vekt på den eksistensielle/åndelige dimensjonen.⁴⁵ Videre definerer han kristen sjelesorg slik: ”Kristen sjelesorg er – i en sosial og kirkelig kontekst – å gå et stykke av Guds vei med et udelt og egenartet medmenneske (...) for å bane vei for og formidle tro, håp og kjærlighet.”⁴⁶ Jeg vil videre komme inn på hva som kan menes med de ulike begrepene i denne sjelesorgsdefinisjonen.

I følge den samme forfatteren har *kristen sjelesorg* sin forankring i den treenige Gud, Bibelen, kirken, skaperverket og i troen på at Gud fortsatt kan veilede oss i dag.⁴⁷ Kristen sjelesorg kan bare gis av en som er fundamentert på dette grunnlaget, eller av en som er lojal mot dette grunnlaget. Denne presiseringen hindrer ikke andre mennesker i å utøve omsorg for sjelen i vid forstand, men den omsorgen må kalles noe annet enn kristen sjelesorg.⁴⁸ Grevbo er her med på å lage et skille mellom den kristne sjelesorgen som kan gis av kristne mennesker og den åndelige omsorg som annet helsepersonell kan gi.

Videre plasserer Grevbo kristen sjelesorg innenfor en sosial og kirkelig kontekst. *Sosial kontekst* handler om at sjelesorgsamtalen mellom sjelesørger og konfidenten vil på ulikt vis bli preget av ulike sosiale faktorer. *Kirkelig kontekst* handler om at sjelesorgen har en kobling til den kristne tro og det kristne fellesskapet. Videre er ikke sjelesorgsamtalen bare en samtale

⁴³ Kirkerådet, *Plan for diakoni i Den norske kirke*, Kirkerådet, 2007, <http://www.kirken.no/?event=doLink&famID=247> (oppsøkt 05.06.10), 4.

⁴⁴ Kirkerådet, *Plan for diakoni i Den norske kirke*, 8.

⁴⁵ Tor Johan S. Grevbo, *Sjelesorgens vei: En veiviser i det sjelesørgeriske landskap: Historisk og aktuelt* (Oslo: Luther Forlag AS, 2006), 481.

⁴⁶ Grevbo, *Sjelesorgens vei*, 508. Grevbo står for en viatorisk sjelesorgstradisjon, som jeg ønsker å ta utgangspunkt i for å si noe om hva sjelesorg er. Ordet viatorisk bygger på det latinske ordet ”viator”, som kan oversettes med medvandrer og/eller en budbærer. Se Grevbo, *Sjelesorgens vei*, 502,506.

⁴⁷ Grevbo, *Sjelesorgens vei*, 508.

⁴⁸ Grevbo, *Sjelesorgens vei*, 508.

mellom sjelesørger og konfident, for Gud er også til stede gjennom sitt skjulte nærvær.⁴⁹ Okkenhaug skriver også om at sjelesorgssamtalen hører til innenfor det kristne fellesskapet, hvor mennesker kan både oppleve å få gi og motta. Mennesker som har det vanskelig kan oppleve gjennom forbønn og omsorg at man ikke trenger å stå alene.⁵⁰

Grevbo skriver at den kirkelige konteksten viser at bønn og kirkelige midler som Bibelen, salmer, velsignelse, skriftemål og nattverd kan brukes i sjelesorgen. Sjelesorg er noe som skjer i frihet, og det gjelder også i forhold til bruk av Bibelen i sjelesorgen.⁵¹ John Patton er opptatt av at man i forbindelse med forbønn for konfidenter, må spørre hva konfidenten ønsker med bønnen. Bønnen må ta på alvor hvordan livssituasjonen oppleves her og nå, hvor frykt, håp og drømmer blir inkludert på en god måte.⁵²

I følge Grevbo handler sjelesorg om *å gå et stykke av Guds vei sammen med et udelt og egenartet medmenneske*. Den veien kan være både kronglete og rett, og underveis må det gjøres plass til mange slags følelser, som klage, fortvilelse, sinne og latter. Å gi rom for følelsene kan være avgjørende for å oppleve en større helhet i livet, i forhold til seg selv, andre mennesker og Gud.⁵³ Sjelesørgeren er en medvandrer, og medvandrerrespektet ”skal først og fremst ivareta sjelesorgens diakonale og veiryddende side, og la konfidenten i hovedsak selv bestemme tempoet.”⁵⁴ Videre er sjelesørgeren også en budbærer, som kan bringe bud fra Bibelen og Gud, eller ut fra egen erfaring og kunnskap. Sjelesørgeren må være ydmyk i sin funksjon som budbærer, for sjelesørgeren skal ikke presse noe over på konfidenten.⁵⁵

Målet for sjelesorgen kan være *å bane vei for og formidle tro, håp og kjærlighet*. Grevbo skriver om at man kan formidle tro, håp og kjærlighet både i et diakonalt og i et teologisk perspektiv. I et diakonalt perspektiv er sjelesorg noe som kan gis til alle mennesker, for alle kan trenge å få en større tro på seg selv, finne et håp og møte kjærlighet. Det teologiske perspektivet handler om å ta på alvor at ingen blir frelst gjennom diakonal omsorg eller

⁴⁹ Grevbo, *Sjelesorgens vei*, 508-511.

⁵⁰ Berit Okkenhaug, *Når jeg ser ditt ansikt: Innføring i kristen sjelesorg* (Oslo: Verbum, 2002), 113-114.

⁵¹ Grevbo, *Sjelesorgens vei*, 487, 510.

⁵² John Patton, *Pastoral care: An essential guide* (Nashville: Abingdon Press, 2005), 66.

⁵³ Grevbo, *Sjelesorgens vei*, 512.

⁵⁴ Grevbo, *Sjelesorgens vei*, 507.

⁵⁵ Grevbo, *Sjelesorgens vei*, 507.

diakonale gjerninger, men kun gjennom Guds nåde.⁵⁶ Tro, håp og kjærlighet i et teologisk perspektiv handler om å hjelpe mennesker til ”en kvalifisert kristen *tro*, med *håpet* om et guddommelig nærvær i tid og evighet, og med glimt av Guds grensesprengende *kjærlighet*, den han fremfor alt møter oss med i Jesus Kristus” (forfatterens uthevinger).⁵⁷ I følge Esbjörn Hagberg må det til syvende og sist bli opp til konfidenten å avgjøre hva sjelesorgen skal handle om:

Sjelesorg og omsorg er å gjøre kjærligheten, troen og håpet virkelig i livet til et annet menneske. I sjelesorgen stiller vi oss til disposisjon som redskap for Guds handling. Øynene og ørene, munnen og føttene våre, engasjementet vårt og tida vår rettes mot den andre. Vi gjør det for hennes skyld.⁵⁸

Okkenhaug skriver at noen ganger kan konfidenten ønske hjelp til å slippe lidelsen, og i den sammenhengen kan det være tøft for sjelesørgeren å være til stede og gi hjelp i letingen etter mening. Videre skriver Okkenhaug at man i sjelesorgen kan få rope til Gud sammen. Troen gir ikke logiske svar på lidelsens hvorfor, men man kan få holde fast på at Jesus er til stede midt i smerten og bryr seg om menneskene.⁵⁹

2.4.3 Åndelig omsorg innenfor sykepleiefaget

I punkt 1.1 i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleieren skal gi helhetlig omsorg.⁶⁰ De yrkesetiske retningslinjene bygger på de etiske reglene som er formet av International Council of Nurses (ICN),⁶¹ hvor det står under punkt 1 at: “Sykepleieren skal i sitt arbeid søke å skape et miljø der menneskerettighetene og enkeltmenneskets, familiens og samfunnets verdier, skikker og tro respekteres.”⁶² De yrkesetiske retningslinjene er tydelige på at sykepleieren har et mandat i forhold til å utøve en helhetlig omsorg, og det bør også inkludere omsorg for pasientens åndelige behov.

⁵⁶ Grevbo, *Sjelesorgens vei*, 516-519.

⁵⁷ Grevbo, *Sjelesorgens vei*, 518.

⁵⁸ Esbjörn Hagberg, *Sjelesorg ved kjøkkenbordet*, overs. av Marte Breivik (Oslo: Lunde Forlag, 2006), 178.

⁵⁹ Okkenhaug, *Når jeg ser ditt ansikt*, 74-75, 195, 199.

⁶⁰ Norsk Sykepleierforbund, *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, Norsk Sykepleierforbund, 18.09.07, https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/143292/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF (oppsøkt 11.05.2010), 7.

⁶¹ Norsk Sykepleierforbund, *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, 5.

⁶² International Council of Nurses, *ICNs etiske regler for sykepleiere*, International Council of Nurses, 1999, http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_norwegian.pdf (oppsøkt 01.05.10), 2.

Eriksson og Travelbee tydeliggjør på ulikt vis at menneskets åndelige behov må inkluderes i sykepleie og omsorg. Eriksson inkluderer en omsorg for mennesket åndelige behov i hennes definisjon av omsorg:

At yde omsorg (caring) innebærer, at der skabes en tilstand af tillid, tilfredshed, kropsligt og åndeligt velvære samt en fornemmelse af at være i udvikling for at forandre (opretholde, igangsætte eller støtte) sundhedsprocesserne gennem forskellige former for at passe og pleje, at lære og lege.⁶³

Videre definerer Travelbee sykepleie som ”en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.”⁶⁴ Hun er også opptatt av at sykepleieren har et ansvar i forhold til å bygge opp under menneskets håp.⁶⁵ Travelbee poengterer at sykepleieren skal hjelpe pasienten med å finne mening i lidelsen og holde fast ved håpet, og begge deler kan handle om å møte menneskers åndelige behov.

Sæteren er opptatt av at åndelig omsorg handler om å gi helhetlig omsorg: ”Det åndelige i sykepleien veves inn i totalomsorgen for den enkelte pasient slik at han opplever seg sett og bekreftet som den person han er.”⁶⁶ Kirsten Tornøe skriver at åndelig omsorg handler om å gi mennesker mot til å leve med både kroppslig og eksistensiell smerte selv når fremtiden ser håpløs ut. Det handler om å lytte til pasientens spørsmål og tanker om tro og tvil, frykt og håp, slik at pasienten slipper å være helt alene i letingen etter mening.⁶⁷

I følge Tornøe kan det være en utfordrende oppgave for sykepleieren å være nær, når hun/han ikke kan lindre pasientens smerte. Sykepleieren blir i den sammenheng konfrontert med sin egen maktesløshet.⁶⁸ Sæteren skriver at sykepleiernes følelse av utilstrekkelighet i møte med mennesker som lider, kan handle om mangel på kunnskap om åndelig behov og et uavklart forhold til pasientens spørsmål i eget liv.⁶⁹ ”Å møte mennesket som lider, og våge å være til stede når pasienten og de pårørende uttrykker angst, sinne, smerte og en følelse av

⁶³ Eriksson, *Omsorgens idé*, 17.

⁶⁴ Travelbee, *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, 29.

⁶⁵ Travelbee, *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, 117.

⁶⁶ Sæteren, ”Åndelig og eksistensiell omsorg”, 305.

⁶⁷ Kirsten Tornøe, *Kan vi trøste hjertene? Hvordan møte alvorlig syke og døende pasienters åndelige behov* (Oslo: Tano Aschehoug, 1996), 11, 19.

⁶⁸ Tornøe, *Kan vi trøste hjertene?* 11.

⁶⁹ Sæteren, ”Åndelig og eksistensiell omsorg”, 304.

meningsløshet, krever mot til å møte noe av angsten og dødskreftene i en selv.”⁷⁰ I følge Sæteren må sykepleieren være villig til å tenke gjennom sine egne verdier og ståsted slik at man ikke blir truet av andres verdier og ståsted. Det handler ikke om å ha alle svarene, men at hun/han må ha mot til å bli værende, og stille seg åpen og spørrende sammen med pasienten.⁷¹ Eriksson skriver at sykepleierens forhold til egen tro gir grunnlaget for å oppfatte andres åndelige behov, og for å møte den andre på hans eller hennes premisser.⁷²

Sæteren hevder at mange sykepleiere synes det er vanskelig å snakke om åndelige behov. Videre viser studier at pasienter gjerne skulle ønske at sykepleiere tok initiativ til slike samtaler.⁷³ Travelbee mener at det er sykepleierens oppgave å delta i en samtale om åndelige behov, hvis pasienten ønsker det:

Hvis den syke ønsker å snakke om sine religiøse oppfatninger, er det ingen grunn til at sykepleieren ikke skal lytte, gi omhyggelige gjennomtenkte bidrag til samtalen eller stille relevante spørsmål. *Å la være å gjøre noe er ensbetydende med å forsømme den sykes åndelige behov* (forfatterens utheving).⁷⁴

I følge Sæteren handler åndelig omsorg om å gi pasienten mulighet til å praktisere sin tro. Det kan handle om å legge til rette slik at pasienten kan få gå til skriftemål eller nattverd. Videre kan andre ha et ønske om å snakke med en prest eller med en fra Human-Etisk Forbund.⁷⁵ Heidi Schmidt skriver at åndelig omsorg kan handle om å snu på pasientens seng, ”slik at pasientens hode er vendt mot Mekka idet pasienten dør.” Åndelig omsorg kan også handle om å bestille mat ut fra religiøse påbud, og informere om religiøse møter og andakter.⁷⁶

I følge Rita Nielsen kan sykepleieren uavhengig av sin egen tro gjerne be sammen med pasienten eller lese i Bibelen, dersom pasienten ønsker det. Sykepleieren må i så fall kjenne at hun/han kan ha med seg selv i det hun/han gjør, og det gir muligheten til å si nei hvis hun/han ønsker det.⁷⁷ De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere⁷⁸ og Helsepersonelloven åpner opp for å samarbeide med andre på områder man føler seg utilstrekkelig. I Helsepersonelloven § 4 står det at: ”Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige

⁷⁰ Sæteren, ”Åndelig og eksistensiell omsorg”, 312.

⁷¹ Sæteren, ”Åndelig og eksistensiell omsorg”, 312.

⁷² Eriksson, *Omsorgens idé*, 93.

⁷³ Sæteren, ”Åndelig og eksistensiell omsorg”, 314.

⁷⁴ Travelbee, *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, 242.

⁷⁵ Sæteren, ”Åndelig og eksistensiell omsorg”, 308, 315.

⁷⁶ Heidi Schmidt, *Har du tid til det, da? Om åndelig omsorg i sykepleien* (Nesttun: Folio forlag AS, 2009), 115.

⁷⁷ Rita Nielsen, *At være sig selv - at blive seg selv: Den åndelige dimension hos døende mennesker* (Frederiksberg: Unitas Forlag, 2005), 53.

⁷⁸ Norsk Sykepleierforbund, *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, 8.

kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig.”⁷⁹ Nielsen, de yrkesetiske retningslinjene og helsepersonelloven kan dermed være med å åpne opp for et samarbeid med kirken.

2.4.4 Møte mellom den kristne sjelesorgen innenfor teologien og den åndelige omsorgen innenfor sykepleiefaget

Både den kristne sjelesorgen innenfor teologien og den åndelige omsorg innenfor sykepleiefaget er opptatt av at åndelig omsorg ikke bare handler om å møte menneskers åndelige behov. Åndelig omsorg handler derimot også om å ta vare på hele mennesket, og er opptatt av å vise pasienten/konfidenten respekt for hvor hun/han er i livet. De er begge enige om at åndelig omsorg handler om å våge å være nær et annet menneske som leter etter mening, og det kan handle om å snakke om tro og Gud. Den kristne sjelesorgen, med sin forankring i en kristen tro, har vektlagt forholdet til Gud i større grad enn den åndelige omsorgen.

Innenfor teorien knyttet til åndelig omsorg innenfor sykepleiefaget kommer det klart fra at mange sykepleiere synes det er vanskelig å samtale med pasienter om åndelige behov. Det perspektivet er ikke like tydelig innenfor teologien, men det poengteres at det kan være utfordrende å gå sammen med mennesker som lider. Begge tradisjonene åpner opp for at man kan be med pasienten, men det kan være mulig at dette er enklere innenfor den kristne sjelesorgen enn innenfor den åndelige omsorgen. Videre kommer det tydelig fram at begge tradisjonene har et mandat i forhold til å møte menneskers åndelige behov, og de er begge opptatt av å legge til rette for at mennesker kan få praktisere sin tro. Den åndelige omsorgen må i større grad legge til rette for aktiviteter som er tilpasset ulike pasienters tro.

Heidi Schmidt skriver at slik vi kjenner til sykepleiefaget i våre dager startet det med diakonisseutdanningen ved Diakonissehuset i Kristiania, som ble stiftet i 1868. Institusjonen ble opprettet og drevet av Kristiania Indremisjon, men ble en selvstendig institusjon i 1893.⁸⁰ Dette gir diakonien og sykepleien en felles historie og felles røtter. En felles historie og felles røtter kan være med å legge et grunnlag for å få til et samarbeid på tvers i dag.

⁷⁹ ”Lov om helsepersonell” i *Norges lover: lovsamling for helse- og sosialsektoren 2002-2003*, red. Aslak Syse, 640-652 (Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002), 640.

⁸⁰ Schmidt, *Har du tid til det, da?* 70.

3.0 Empirisk analyse

3.1 Innledning

I dette kapittelet vil jeg presentere min analyse av informantenes svar opp mot relevante temaer i forhold til min problemstilling. Jeg ønsker spesielt å fokusere på tre forhold:

- Hva forbinder informantene med ordene samarbeid og åndelige behov?
- Hvordan beskriver kirken og helse- og omsorgstjenesten sitt samarbeid?
- Hva er forskjellen mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten i møte med menneskers åndelige behov?

De to første kapitlene i analysen tar for seg hva informantene sier generelt om samarbeid og åndelige behov. Deretter kommer det et kapittel om hvordan informantene mener man kan legge til rette for at pasienter kan få gi uttrykk for sine åndelige behov. De tre første kapitlene er ikke først og fremst knyttet opp til samarbeidet med kirken / helse- og omsorgstjenesten, men informantene har gjort det i ulik grad allikevel. Videre kommer jeg inn på kirkens og helse- og omsorgstjenestens beskrivelse av sitt samarbeid. Etter det vil jeg skrive om informantenes svar i forhold til hvilken betydning samarbeidet har i møte menneskers åndelige behov. Til slutt vil jeg komme inn på mulige utfordringer i forhold til å samarbeide med kirken / helse- og omsorgstjenesten.

3.2 Samarbeid

3.2.1 Kommunikasjon

Tre av fire informanter (S2, S1 og D1) bruker ordet kontakt når de skal si noe om hva de forbinder med ordet samarbeid:

S2: Hvis jeg tenker samarbeid i forhold til det på min avdeling, og det jeg jobber med, så er det litt sånn å ha kontakt med de som jobber i kirken (...).

S1: Her er vi assistenter, hjelpepleier, vi har renhold, alle, på en måte kan ha et godt samarbeid og ha god kontakt med hverandre.

D1: I denne sammenhengen tenker jeg på at man vet om hverandre som instanser. Har opprettet en slags kontakt, har vært og presentert meg, så de vet om meg, og jeg vet om dem, i forhold til å kunne samarbeide om mennesker vi møter.

S2 sier at samarbeid handler om å ha kontakt med de som jobber i kirken. Den andre sykepleieren, S1, mener at man i et samarbeid på tvers av ulike yrkesgrupper må ha en god kontakt. D1 forteller at for å få til et godt samarbeid, er det avgjørende å ha vært i kontakt

med og snakket med sine samarbeidspartnere. De tre informantenes vektlegging av god kontakt kan handle om at god kommunikasjon er viktig for å få til et samarbeid. S1 sier eksplisitt at god kommunikasjon er viktig i et samarbeid:

God kommunikasjon. Det er alfa og omega. Vi må kunne si ting til hverandre, og si ting til hverandre på en ordentlig måte, og på en konstruktiv måte.

3.2.2 Informasjon om hverandre

I følge D1 er det viktig at samarbeidspartnere har en viss oversikt over hverandres oppgaver og funksjoner:

Samarbeid – vet om hverandre og er innstilt på å bruke hverandres kompetanse, og funksjoner. De vet at jeg er ganske fristilt, fra regler for alt mulig rart, en fri instans, og er åpen for å få henvendelser og de har benyttet seg av det.

Videre sier D1 at kirken og helse- og omsorgstjenesten kan hjelpe hverandre på de områder man selv ikke strekker til. D1s samarbeidspartnere i helse- og omsorgstjenesten vet for eksempel at hun ikke er styrt av vedtekter på samme måte som de er:

De har tenkt, at de har ikke sånn kapasitet til å følge opp over tid. De har disse vedtakene (...). Da er det greit å henvende seg til en diakon som står utenom dette systemet. Jeg er glad for det seg selv også, at jeg er helt uavhengig i forhold til vedtak, og hvor mye tid jeg bruker.

D2 mener at klare retningslinjer er avgjørende for å få til et godt samarbeid. Det er også viktig at retningslinjene blir fulgt: ”Klare retningslinjer, eller avtaler - at de blir fulgt opp.” Klare retningslinjer kan handle om at det bør være en klar ansvarsfordeling innenfor et samarbeid. Da vet samarbeidspartnerne hvor man har hverandre, og hva som er de ulikes oppgaver.

3.2.3 Holdninger

Tre av informantene nevner noen typer holdninger som er viktig for å få til et godt samarbeid:

S2: Da tenker jeg toleranse for hverandre og hverandres meninger (...). Vi er forskjellige, vi har forskjellige syn på ting og meninger, men at man kan samarbeide på tvers av meninger.

S1: Vi må kunne si ting til hverandre, og si ting til hverandre på en ordentlig måte (...).

D1: Går først og fremst på det å vite om hverandres tilbud og kompetanse, og være åpen for å bruke den ved behov.

S2 nevner at i et samarbeid er det viktig med toleranse, og at man møter hverandre med respekt. Den andre sykepleieren, S1, snakker om å behandle hverandre med respekt og høflighet. D1 sier at det er viktig å være åpen for å bruke hverandres tjenester.

3.2.4 Samarbeid – et praktisk begrep

Tre av informantene (S2, S1 og D1) bruker, som sagt, ordet kontakt for å si noe om hva samarbeid handler om.⁸¹ Kontakt kan også handle om at de som skal samarbeide må treffes på en eller annen måte, for å snakke om samarbeidsområdet.

Videre bruker tre av informantene (S2, D1 og D2) samarbeidet mellom kirken og helse – og omsorgstjenesten som eksempel når de skal si noe om hva samarbeid er. I følge D2 handler samarbeid om å gjøre noe sammen med kommunen, for å gi best mulig hjelp til de som trenger det:

Gjennom livet kan vi alle bli isolerte og trenge hjelp, og når vi da i forbindelse med kommunen kan få snakke med de som, eller få kontakt med de som da ellers ikke kommer til kirken.

S1 nevner ikke samarbeidet med kirken eksplisitt, men sier at samarbeid handler om å samarbeide over grenser:

Når jeg tenker et godt samarbeid, så tenker jeg at vi kan samarbeide over grensene. Her er vi assistenter, hjelpepleier, vi har renhold, alle, på en måte kan ha et godt samarbeid og ha god kontakt med hverandre. Å jobbe i team, det er veldig viktig for et godt samarbeid.

3.2.5 Oppsummering og refleksjon

Begge sykepleierne og D1 bruker ordet kontakt når de skal noe om hva samarbeid er. God kontakt kan handle om at det er viktig med god kommunikasjon for å få til et samarbeid, og/eller at man i et samarbeid må møtes i praksis. S1 uttrykker eksplisitt at god kommunikasjon handler om å henvende seg til hverandre på en høflig og konstruktiv måte.

Diakonene forteller at man trenger en viss informasjon om hverandres oppgaver og funksjoner for å kunne samarbeide. Begge sykepleierne og D1 nevner noen typer holdninger som er viktig i et samarbeid. Videre sier alle informantene at samarbeid er et praktisk begrep. Diakonene og S2 bruker samarbeidet med kirken / helse- og omsorgstjenesten som eksempel

⁸¹ Se kapittel 3.2.1.

da de skal si noe om hva samarbeid er. Den andre sykepleieren, S1, nevner et samarbeid innenfor institusjonen, og mener at det å jobbe i team er viktig for å få til et godt samarbeid.

Informantene får fram mange positive sider ved det å samarbeide. Et spørsmål i denne sammenhengen vil være om samarbeid alltid er positivt, eller om det kan ligge noen utfordringer i det å samarbeide.

3.3 Åndelige behov

Jeg vil under dette punktet bruke Barbosa da Silvas inndeling av det åndelige i religiøse, eksistensielle og kulturelle behov,⁸² for å analysere informantenes svar om hva som er åndelige behov.

3.3.1 Religiøse behov

I følge Barbosa da Silva handler religiøse behov om synd og skyld, behovet for å forsone seg med Gud, frelse, håpet om et evig liv eller frykten for å gå forta. ⁸³ Alle informantene sier at åndelige behov kan handle om *tanker rundt det å skulle dø*, og det tenker jeg kan være knyttet til menneskets religiøse behov. D1 forteller meg to eksempler om mennesker som hadde tanker omkring døden. I forbindelse med det ene eksempelet sier D1 dette:

Hun var ikke en aktiv praktiserende kristen, men hadde et behov for å snakke om det å skulle dø og det å skulle møte sin skaper.

S2 påpeker at menneskers åndelige, fysiske, psykiske og sosiale behov har fått forskjellig fokus i helse- og omsorgstjenesten:

S2: Åndelige behov, så tenker jeg også at det har vært ting man har lagt veldig lite vekt på egentlig. Det har vært fysiske behov, og det har vært psykiske, sosiale. Mens det åndelige har vært nederst, veldig lite skrevet om på tiltaksplaner og pleieplaner.

I: Har du noen tanker om hvorfor det har blitt sånn?

S2: (...) det er ikke det man har vektlagt da. Jo, kanskje ved livets slutfase så er det jo det (...).

I følge S2 har helse- og omsorgstjenesten vært mest opptatt av menneskers fysiske, psykiske og sosiale behov. Åndelige behov kommer først i fokus når mennesker ligger for døden.

⁸² Se kapittel 2.3.3.1.

⁸³ Se kapittel 2.3.3.1.

D2 sier eksplisitt at ”åndelige behov er jo i vår sammenheng i forhold til det religiøse, i forhold til at de kanskje skal dø eller ønsker et kristent fellesskap (...)” Videre forteller D2 at han har hatt samtaler med mennesker som har ligget for døden. Noen mennesker har trengt å snakke om at de ikke føler seg gode nok innfor Gud. De har videre trengt hjelp til å få en frelsesvisshet.

Diakonene er ovenfor inne på at åndelige behov kan handle om *menneskers tro*, og *menneskets forhold til Gud*. Sykepleierne er også inne på at åndelige behov kan handle om det. S1 sier det slik:

S1: Nå er jeg personlig kristen selv, så da tenker jeg på min kontakt oppad.

I: Menneskers kontakt oppad?

S1: Ja, menneskers kontakt oppad. Det er viktig. Det ser jeg at er viktig for dem. Det er viktig for folk her å snakke om åndelige behov.

Hun forteller også om en pasient som ligger for døden, og som er plaget med angst. Angsten kan for noen pasienter ha en sammenheng med åndelige behov: ”Jeg har opplevd mange ganger at hvis vi da ber Fader vår eller synger en kjent salme, så blir dem rolige (...).”

S2 nevner at åndelige behov kan handle menneskets behov for å be og lese i Bibelen:

Da tenker jeg på en liten andaktsstund på kvelden, noen som ber ”Fader Vår” med deg før du legger deg. (...) Litt opptatt av det at man kan få lov å lese et vers i en Bibel, at noen gjør det for deg når du trenger eller ønsker det...

3.3.2 Eksistensielle behov

Barbosa da Silva nevner at eksistensielle behov handler om spørsmål omkring livets og lidelsens mening, skyld, frihet, ansvar og fortvilelse.⁸⁴ Menneskers tanker om døden har jeg plasserte under religiøse behov, men det kan også være eksistensielle behov. D1 forteller om kvinnen som hadde lyst til å snakke med henne om tanker omkring døden⁸⁵, og de tankene kan være eksistensielt begrunnet.

D2 nevner at man gjennom sorggrupper kan være med å dekke et åndelig behov, men ikke nødvendigvis et kristent. Det kan hende at han i den sammenhengen tenker på menneskets

⁸⁴ Se kapittel 2.3.3.1.

⁸⁵ Se kapittel 3.3.1.

eksistensielle behov: ”Sorggrupper (...). Det er for så vidt også å dekke et åndelig behov, selv om det ikke nødvendigvis er kristent.” Videre snakker D2 om at det å diskutere Falkberget kan være et åndelig behov. Falkberget tar opp mange eksistensielle spørsmål i møte med livets realiteter.

S1 forteller at åndelige behov kan handle om noe mer enn å tro på Gud:

S1: (...) Så et åndelig behov, det kan være videre enn det bare å tro på Gud. Så det bare ha noen å holde, være i nærheten av noen, gi en klem, i hele tatt ta litt på, vi har faktisk mange som vil det. Det dekker deres åndelige behov, det er ikke bare et fysisk behov.

I: Hvordan tenker du at det dekker et åndelig behov?

S1: Da dekker det det å bety noe for noen.

I følge S1 kan menneskers mulighet til å få være nær et annet menneske ikke bare dekke et fysisk behov, men også dekke et åndelig behov. Gjennom å være nær et annet menneske kan man få oppleve at man betyr noe for andre mennesker.

3.3.3 Kulturelle behov

Kulturelle behov har jeg skrevet kan handle om menneskers forhold til tradisjoner.⁸⁶ D2 og S2 nevner menneskets behov for å tilhøre et kristent fellesskap, og det kan for noen handle om tradisjoner. S2 nevner i tillegg menneskets ønske om å få be ”Fader vår” om kvelden:

Da tenker jeg på en liten andaktsstund på kvelden, noen som ber ”Fader Vår” med deg før du legger deg. Ha mulighet til å få komme på møter og sånn, tenker jeg i forhold til det...

D1 nevner at mennesker kan ha et ønske om å få nattverd før de dør. Det kan være et religiøst behov, men også et kulturelt behov siden nattverd er et av kirkens ritualer.

3.3.4 Oppsummering og refleksjon

Alle informantene mener at åndelige behov kan handle om tanker omkring døden. Tanker omkring døden har jeg først plassert under religiøse behov. Alle informantene er inne på at åndelige behov kan handle om menneskets tro, og menneskets forhold til Gud. Videre kan tanker omkring døden også være eksistensielle behov. D2 nevner at man i sorggrupper kan komme inn på åndelige behov, men ikke nødvendigvis kristne åndelige behov. Det kan hende at han tenker på menneskets eksistensielle behov. Videre har jeg under eksistensielle behov

⁸⁶ Se kapittel 2.3.3.1.

plassert det D2 sier om å diskutere Falkberget. S1 snakker om at mennesker har behov for å bli sett av andre mennesker, og det kan handle om menneskets eksistensielle behov.

Kulturelle behov kan blant annet handle om menneskers behov for å tilhøre et kristent fellesskap, som D2 og S2 nevner. Det å tilhøre et kristent fellesskap kan for noen handle om ivaretagelse av tradisjoner. Under kulturelt behov har jeg også plassert S2s svar om å få be "Fader vår" om kvelden, og D1s svar om at det å få nattverd.

Slik jeg har tolket informantenes svar fokuserer de mest på åndelige behov i betydningen religiøse behov. I den sammenhengen ønsker jeg å stille et spørsmål angående hva som styrer sykepleiernes og diakonenes forståelse av åndelige behov.

3.4 Legge til rette for at mennesker kan gi uttrykk for sine åndelige behov

3.4.1 Å gi mennesker tid og rom

Alle informantene sier implisitt eller eksplisitt at man kan legge til rette for at mennesker kan få gi uttrykk for sine åndelige behov, ved å gi dem tid og rom. S2 er opptatt av at mennesker skal få fortelle sin livshistorie. Gjennom livshistorien kan man få tak i om pasienten har vært opptatt av å være med i et menighetsfellesskap tidligere i livet eller ikke:

Jeg jobber mye med reminisens og livshistorie. Jeg er veldig opptatt av det, og da er det viktig å vite (...) hva de har vært opptatt av, særlig tidligere, det forandrer seg, det er ikke det jeg sier, men hvis du har for eksempel gått i Filadelfia i alle år, så skal du få lov til å få muligheten til det videre også.

S1 sier at man gjennom samtalen kan vise at det er rom for at pasienten kan gi uttrykk for sine åndelige behov. Hun sier også noe om hvordan man kan ivareta pasientens følelsesutbrudd:

Det er veldig mye den der en-til-en-samtalen. Og det kommer, for oss så kommer det i stellesituasjonen. Det at du tar deg god tid, og tør å prate om ting. Hvis du ser at en sitter og gråter, for det gjør jo pasientene her. Ta med deg han inn på rommet, og spørre hva det er for noe. Prøve i hvert fall å være der.

D1 forteller at kirken er avhengig av at de ansatte i helse- og omsorgstjenesten tenker på pasientenes åndelige behov:

Det er viktig at de som jobber i systemet er bevisst på, at det kan være noen som ønsker å snakke med en prest eller med en annen kristen om åndelige og eksistensielle spørsmål.

Videre sier D1 at det ikke er lett for de som jobber i det offentlige. Hun kobler det opp mot den verdinøytraliteten som preget sykepleien på 70 – tallet, hvor man var opptatt av man ikke skulle påvirke noen, og i hvert fall ikke be med pasienten. D1 mener at man ikke gjør noe feil hvis man er opptatt av å vise pasienten respekt:

Det er klart at så lenge man har respekt for den andre, og at det er på dens premisser hele veien, så kan man ikke gjøre noen overtramp. Det er hele tiden den andre som bestemmer hva som skal snakkes om, og hva som eventuelt skal skje.

I følge S1 har åndelige behov fått et større fokus i inntakssamtalene de senere årene. Gjennom inntakssamtalene kan man blant annet få en oversikt om pasienten ønsker å delta på andakt eller ikke:

De siste tre årene så har vel det vært veldig pesa på. Vi har vel alltid spurt om det, sann til dels, men det har aldri vært nedskrevet, og gjort noe ordentlig dokumentasjon på det, før i den senere tiden.

D2 sier at det er to måter å dekke menneskers åndelige behov på. Man kan enten ordne det slik at folk får kommet til kirken, eller så må kirken komme til dem:

Det er to måter å dekke de åndelige behovene på; det ene er å sørge for at folk kommer til fellesskapet, til kirken, og det andre er å komme til dem, at kirken kommer til dem på forskjellige måter.

3.4.2 Å være på tilbudssiden

D1 sier at det ikke er lett for pasientene å si ifra at de ønsker å snakke med en prest eller diakon. Hun mener at de ansatte på avdelingen ikke vil gjøre noe feil ved å spørre pasienten om han/hun ønsker en slik samtale:

Jeg tror at man kan uansett ikke gjøre noe galt ved å spørre en person, åssen er det med deg, har du noe behov for å snakke med en prest eller en diakon. Da får man bare et ja eller et nei, da får man tid til å tenke på det, og da kanskje ta et initiativ selv.

Videre sier D1 at både de ansatte og kirken kan være på tilbudssiden, slik at pasienter kan få muligheten til å gi uttrykk for åndelige behov.

D2 forteller at han og presten bytter på å være innom en institusjon, slik at institusjonen får besøk fra kirken hver uke. De går da innom kontoret for å høre om det er noen pasienter som ønsker å snakke med dem:

Da går vi inn på vaktrommet for å høre om det er noen som ønsker å snakke med oss, og noen ganger så har de spurt på forhånd, og andre ganger går de da og spør om noen vil snakke med oss.

Videre sier D2 at man kan legge til rette for at mennesker kan få dekket sine åndelige behov ved å informere om kirkens tilbud, for eksempel tilbudet om å være med i sorggruppe.

3.4.3 Oppsummering og refleksjon

Alle informantene sier enten implisitt eller eksplisitt at man kan legge til rette for at mennesker kan gi uttrykk for sine åndelige behov, ved å gi dem tid og rom. I følge S1 og S2 kan man gjennom samtalen gi den enkelte pasient muligheten til å uttrykke sine åndelige behov. D1 mener at kirken er avhengig av at de ansatte i helse- og omsorgstjenesten tenker på pasientens åndelige behov. D2 sier at man kan dekke menneskers åndelige behov ved å legge til rette for at de kan få komme til kirken, eller så kan kirken komme til dem.

Diakonene er opptatt av at man kan være på tilbudssiden i forhold til åndelige behov. D1 sier at det er ikke lett for pasienten å si ifra om det er ønskelig å snakke med en diakon eller prest. Hun sier at både de ansatte og kirken kan være på tilbudssiden, slik at pasienter kan få muligheten til å gi uttrykk for åndelige behov. D2 forteller at han og presten bytter på å besøke en institusjon i kommunen, hvor de tilbyr samtaler med pasienter som ønsker det. Videre sier D2 at man kan legge til rette for at mennesker kan få dekket sine åndelige behov ved å informere om kirkens tilbud. Et spørsmål i denne sammenhengen er om diakonene er mer opptatt av å være på tilbudssiden enn det sykepleierne er.

3.5 Kirkens og helse- og omsorgstjenestens beskrivelse av sitt samarbeid

3.5.1 Kirkens og helse- og omsorgstjenestens samarbeidsområder

Alle informantene nevner et samarbeid mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten i forhold til andakt/gudstjeneste på institusjonene. Hos S2 og D2 er det også et samarbeid i forhold til å bringe folk til gudstjenester i kirken. D2 snakker i tillegg om et samarbeid i forhold til å bringe pasienter til andre typer kristne samlinger. Videre sier tre av informantene (D1, D2 og S1) at de har et samarbeid med kirken / helse – og omsorgstjenesten i forhold til samtaler. Diakonen eller presten kommer til institusjonen for å snakke med de pasientene som ønsker

det, og i den forbindelse kan det hende at pasienten ønsker å få nattverd. Videre forteller D2 at det hender at han snakker med de ansatte på avdelingen om hvordan det er å jobbe på der.

S2 forteller om et samarbeid i forbindelse med å ha en samlingsstund etter at en pasient er død. Samlingsstunden er for ansatte, pårørende og pasienter på den avdelingen hvor pasienten har vært. Begge diakonene forteller også at de samarbeider med helse- og omsorgstjenesten i forhold til sorggrupper og sorgarbeid, og begge deltar i kommunens kriseteam.

Alle informantene sier at de opplever det å samarbeide med kirken / helse- og omsorgstjenesten som noe positivt og bra. D1 sier det slik:

Jeg synes det er veldig bra, og det har jeg også sagt når jeg har vært hos dem, at det er flott at dere tar kontakt med oss, og bare gjør det videre, ved andre anledninger når det er aktuelt.

S2 nevner et område som ikke har fungert helt bra, men allikevel ser hun på samarbeidet som veldig bra:

Men, det er satt opp en kirkebuss, som skal komme og hente her noen søndager i måneden, som aldri har fungert. Vi har ringt, nei, da har sjåføren vært syk, og så har de stått og ventet, og så har de ikke kommet, så det har vært veldig trist. Det har vært noen episoder av det.

Det er ulike grunner til at informantene sier at samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten fungerer bra. Jeg har samlet informantenes svar under punktene gode og faste retningslinjer, møte hverandre på en god måte, og positive erfaringer.

3.5.2 Gode og faste retningslinjer

Alle informantene nevner at de har noen faste avtaler med kirken / helse- og omsorgstjenesten, hvor dager og tidspunkt er avtalt på forhånd. Det er en ganske klar arbeidsfordeling innenfor de faste avtalene. De ansatte på institusjonen har ansvar for å tilrettelegge det praktiske, og presten eller diakonen har ansvaret for innholdet.

S1 forteller at på institusjonen er det deres oppgave å legge til rette alt det praktiske rundt gudstjenestene. Presten får videre en medhjelper fra institusjonen de gangene det skal være nattverd. I sammenheng med gudstjenestene går presten som regel rundt på institusjonen, for

å høre om det er noen som ønsker å ha en samtale med han. Man kan også ringe til presten utenom, hvis det skulle være behov for det.

Det er også en klar oppgavefordeling i et eksempel som S2 kommer med. S2 forteller om et samarbeid mellom institusjonen og kirken i forhold til en samlingsstund på avdelingen. Samlingsstunden er for pasienter, pårørende og de ansatte etter at en pasient har dødd:

Det er ingen begravelse, hvor du snakker om ting som har vært for 40 år siden. Det er den tiden som den det gjelder har bodd på avdelingen. Presten kommer gjerne litt før, og får litt opplysninger om hvordan det har vært. Så det er egentlig presten ved kirken som har ansvaret for den minnestunden. Vi koker kaffe og steker vafler eller sånn. Men de holder den lille andakten, og prater litt rundt det og finner sanger og ja...

D1 forteller om arbeidsfordelingen i de tilfellene hvor hun kommer på en institusjon, for å ha en samtale med en pasient:

De ansatte tar kontakt, og når vi kommer så regner vi litt med at de tilrettelegger, at vi er ventet, at vi har en avtale ikke sant. Det ligger til rette at det ikke er midt oppe i et måltid, at det er ro rundt det.

Begge sykepleierne forholder seg først og fremst til presten innenfor kirken, men S2 har også noe kontakt med diakonen. Diakonene har fast kontakt med noen innenfor helse- og omsorgstjenesten. Videre kan de få kontakt med ulike ansatte på institusjonen, ut fra det er forskjellige som er vakt de dagene man kommer på besøk.

3.5.3 Møte hverandre på en god måte

Begge sykepleierne forteller at hvis det er noen av pasientene som ønsker en samtale, så vet de at de bare kan kontakte kirken. S2 sier også at man blir godt mottatt når man henvender seg til kirken: "Det er aldri noe problem å ta en telefon eller snakke med noen, føler jeg. Det er det ikke. (...) Man blir godt mottatt når man spør om ting (...)."

Diakonene forteller på sin side at kirken ønsker å være der for pasientene på institusjonene når det skulle være behov for det. D2 forteller at presten er tilgjengelig for samtaler på institusjoner utover de gangene han er der på gudstjenester. Videre forteller diakonene at de ønsker å ta alle henvendelser på alvor og følge de opp. D2 sier det slik: "Når det gjelder samarbeid så hvis noen strekker ut en hånd, så prøver jeg å ta den (...)."

D2 forteller at han har en fast avtale om å være på en avdeling annen hver uke, for å snakke med pasienter som har behov for det. Da hender det også at han samtaler litt med personalet som jobber der:

D2: (...) da samtaler jeg litt også på avdelingen, og noen ganger tror jeg det kan være greit for de også, å lette seg litt.

I: Er det du som tar initiativ til de samtalenene?

D2: (...) Noen ganger spør jeg dem... Da er det bare å trykke på en liten knapp, om det ikke er vanskelig å være, tungt å se at så mange dør, og da får de fram det positive ved å jobbe der også.

D2 sier at en av grunnene til at samarbeidet er godt i forhold til institusjonen, kan ha sammenheng med at hans forgjenger var sykepleier i bunnen, i tillegg til å være en diakon. I følge D1 kan diakonens bakgrunn som sykepleier eller sosionom gjøre at de ansatte vet mer om diakonen som fagperson. Diakonene kan videre på grunn av sin bakgrunn ha en større forståelse av hvordan institusjonene fungerer:

Når en da har presentert seg, eller fortalt hva vi gjør, eller hvem vi er ovenfor de ansatte, så vet de at vi er enten sykepleiere eller sosionomer i bunn, og da vet de mye mer om oss som fagpersoner. (...) Jeg tror nok det hjelper litt, at vi er også fagpersoner, som har forståelse for det som skjer innenfor institusjonene, og oppfører oss der etter.

3.5.4 Positive erfaringer

S2 beskriver et samarbeid med kirken i forhold til når noen dør på avdelingen. I den sammenhengen leder presten en samlingsstund for de som bor på avdelingen, pårørende og de ansatte. Hun sier at både presten, pasientene, pårørende og de ansatte synes det er en veldig fin stund.

D2 forteller om en samarbeidssituasjon med en institusjon i forhold til samtaler med mennesker som snart skal dø. Da hender det at han samtaler med de som jobber der. Det er et samarbeid ham mener er positivt for begge parter:

Det er positivt, for begge parter tror jeg. Nei, men det er et godt samarbeid, som jeg tror flesteparten setter pris på, og pasientene sier nei hvis de ikke vil snakke og ja.. Det er også godt for de som jobber der, tror jeg, å ha noen utenfra som kommer innom og snakker om, og kan hjelpe på den overgangen det er å dø.

3.5.5 Oppsummering og refleksjon

Informantene forteller om mange ulike samarbeidsområder mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten. Videre opplever alle at det er positivt og bra å samarbeide med kirken /

helse- og omsorgstjenesten. Det er kun S2 som nevner et område hvor samarbeidet ikke har vært helt bra, men allikevel vil hun si at samarbeidet i sin helhet er veldig bra. Alle informantene begrunner det gode samarbeidet med at det er gode og faste retningslinjer mellom samarbeidspartnerne. Videre opplever sykepleierne at de blir godt mottatt når man henvender seg til kirken. Diakonene er på sin side opptatt av å stille opp for pasienter når det er behov for det. Videre nevner diakonene at det kan være en fordel at diakoner har en helse- og sosialfaglig bakgrunn. To av informantene, S2 og D2, kommer med eksempler på positive erfaringer, og det kan være avgjørende for å kalle et samarbeid for godt.

Ut fra det informantene sier er det et godt samarbeid mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten. Et spørsmål som jeg stiller meg i den sammenhengen, er om samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten bare kan kalles for godt og bra. Videre kan man stille et spørsmål ved hvilken betydning har det for et samarbeid at sykepleiere og diakoner har en felles bakgrunn.

3.6 Samarbeidsrelasjonens betydning for å kunne møte menneskers åndelige behov

Alle informantene uttrykker at et samarbeid mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten er viktig for å kunne møte menneskers åndelige behov. Informantene sier at det er forskjeller mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten, i forhold til den kompetansen man har i møte med menneskers åndelige behov. Videre kommer tre av informantene (D1, D2 og S1) inn på at kirken og helse- og omsorgstjenesten har ulike roller, og de møter på ulike forventninger.

3.6.1 Forståelse av kompetanse

Alle informantene mener at kirken og helse- og omsorgstjenesten sitter på ulik kompetanse i møte med menneskers åndelige behov. S1 er opptatt av at stort sett alle mennesker kommer til et punkt i livet, hvor man ønsker å snakke om åndelige ting. I den forbindelse trengs kirken, fordi kirkens kompetanse på åndelige behov går lenger enn de ansattes kompetanse:

Uansett om ikke alle, som sagt, har gått i kirken eller sånt, så kommer du til et punkt i livet hvor du kanskje vil snakke med noen om det, og du trenger det. Da er det viktig at vi har en instans som kan serve oss på det, og det gjør kirken. De går litt lengre enn det vi kan. Vi kan alltid synges en sang eller be Fader vår, og gjøre sånne ting. Men dem *kan* snakke med dem på en helt annen måte. (...)

I følge S2 er det litt usikkert om personalet klarer å gi nok i forhold til pasienters åndelige behov. Hun sier at sykepleierne skal prøve å tenke helhet, men det er ikke alltid man får det helt til. Det er derfor viktig å koble inn kirken:

Det har noe med, om man er kristen, fordi det jobber så mange forskjellige her, så tenker jeg at det er litt opp til hvilket personale som er på avdelingen, om man klarer å tilføre nok. Jeg synes ikke man klarer det på en vanlig avdeling, stort sett, så det er kjempe viktig at kirken kommer inn og tilbyr sine ting.

D1 påpeker at kirken og helse- og omsorgstjenesten er avhengige av hverandre i forhold til å ivareta hele mennesket:

Vi er jo absolutt avhengige av hverandre, altså de tar seg av den fysiske biten, eller det som går på det sosiale der og tilrettelegger for at mennesker skal ha gode dager, uker og år der de bor, på et sykehjem eller sånn, så kan vi som kommer litt utenfra være utfyllende, i forhold til at vi kan bidra med det vi kan.

I følge D1 kan helse- og omsorgstjenesten kan ta seg av det fysiske og det sosiale, og kirken kan ha en utfyllende rolle på det de kan. Hun lager et slags skille mellom hva kirken og helse- og omsorgstjenesten kan bidra med i forhold til å ivareta menneskers ulike behov.

D2 sier at et samarbeid mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten er viktig for å kunne møte menneskers åndelige behov. Kirken har noe spesielt å komme med i samarbeidet med helse- og omsorgstjenesten, og det er en kristen tro: ”(...) vi har noe spesielt å tilby, og det er en tro som det skal legges til rette for at alle skal kunne ha et aktivt forhold til hvis de vil det.”

3.6.2 Forståelse av roller og forventninger

D1 sier at det bør ikke være en forskjell mellom en sykepleier og en representant fra kirken:

Det er for eksempel mange kristne sykepleiere og hjelpepleiere som gjør en kjempe jobb i forhold til den biten der, og som kan snakke jevnlig (...). Da er det sikkert ikke noe behov for å tilkalle noen prest, utenom hvis det skal gis nattverd og sånn.

I følge D1 er det mange kristne sykepleiere og hjelpepleiere som gjør en god jobb i møte med menneskers åndelige behov. Jeg mener at hun her tolker åndelige behov til kun å handle om kristne åndelige behov. Mange ganger vil det av den grunn ikke være behov for å tilkalle en prest, bortsett fra hvis pasienten ønsker nattverd.

D2 forteller at det er forventet at kirken tenker mer på åndelige behov. Det er også høyere forventninger rettet til kirken i forhold til bønn: ”Ut fra kirkens side så blir det forventet kanskje at en ber, mens ut fra en sosialkontorsammenheng har jeg bedt veldig sjeldent (...)” Videre kommer D2 med et par eksempler fra andre institusjoner i kommunen, hvor han hadde vært med og bedt for folk. Han sier at man skal være varsom med å be for folk, men han opplevde at det var å ta personene på alvor.

S1 vektlegger at det kan bli en forskjell på hennes samtale med en pasient, og prestens samtale:

S1: For min del da, så kan jo jeg snakke ut fra min tro, på en måte. Mens en prest har en litt dypere bakgrunn føler jeg. Han har tross alt gått på skolen og lært litt mer, som gjør at han har mer å si, og han har kanskje drevet mer med sjelesorg enn det vi har gjort. Jeg kan som kristen bare snakke ut fra mitt ståsted. Det blir en litt mer personlig samtale kan jeg tenke meg.

I: Jeg tenker at det kan jo være forskjellig hva pasienten... Noen kan jo tenke at det holder å snakke med en sykepleier?

S1: Ja, ja.. Det har en jo opplevd (...). Det har blitt en del sånne samtaler gjennom 20 år.

S1 sier at hun kan snakke ut fra sin egen tro og sitt eget ståsted. Det kan bli en litt mer personlig samtale enn prestens samtale. Presten har mer kunnskap og erfaring på det å drive sjelesorg.

3.6.3 Oppsummering og refleksjon

Alle mener at kirken og helse- og omsorgstjenesten sitter på ulik kompetanse i møte med menneskers åndelige behov. I følge S1 har kirken en kompetanse på åndelige behov som går lenger enn de ansattes kompetanse på avdelingen. S2 påpeker at sykepleierne skal prøve å tenke helhet, men det er ikke alltid de får det til. D1 lager et skille mellom hva kirken og helse- og omsorgstjenesten kan bidra med i møte med menneskets ulike behov. Kirken kan ta seg av menneskets åndelige behov, og helse- og omsorgstjenesten kan ta seg av de andre behovene. Videre vektlegger D2 at kirken har en større kompetanse i forhold til den kristne tro.

D1 sier at det bør ikke være en forskjell mellom en kristen sykepleier og en representant fra kirken i møte med menneskers åndelig behov. Et eventuelt skille kan det bli dersom pasienten ønsker nattverd. D2 sier at det er høyere forventninger rettet til kirken i forhold til bønn, og

samtaler om åndelige behov. S1 forteller at hennes samtale om åndelige behov kan bli mer personlig enn prestens samtale.

Det kan ut fra informantenes svar stilles et spørsmål i forhold til om det er mulig å lage et klart skille mellom hva kirken og helse- og omsorgstjenesten skal bidra med, i møte med menneskets ulike behov.

3.7 Mulige utfordringer i samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten

Informantene svarer at mulige utfordringer i samarbeidet med kirken / helse- og omsorgstjenesten avhenger av gode rutiner og av personalet.

3.7.1 Avhenger av gode rutiner

S1 sier at samarbeidet med kirken har alltid vært bra, og forteller at samarbeidet er en innarbeidet rutine som har vart over mange år. Hun forteller videre at det aldri har vært noen samarbeidsproblemer mellom kirken og sykehjemmet:

Det har aldri vært noen gisninger eller negativitet, eller noe sånt. Det har bare vært en del av sykehjemmet, at det her skal vi ha, vært som en service-bit.

D2 påpeker at må være tydelig på sitt ståsted i møte med samarbeidspartnere. Det er ikke riktig å bli for nøytrale for at samarbeidet skal fungere, slik at kristendommen forsvinner helt i samarbeidsprosjektet:

Men en skal være bevisst på at man er kristen, og kommer fra kirken, og samtidig skal man ikke gå over grensene. (...) Det har vært forsøkt et samarbeid med noen foreldregrupper ol, hvor man har gått veldig nøytralt til verks. Til slutt så var det ikke plass for kristendommen i det hele tatt, en skulle ikke kunne gjøre noe, og da er det ikke mye vits i...

3.7.2 Avhenger av personalet

D1 sier at det trenger ikke være problematisk å samarbeide med helse- og omsorgstjenesten. Det kommer an på om de ansatte er trygge på seg selv. Videre mener D1 at de ansatte bør sette pasientens behov i sentrum, og ikke sine egne behov:

Nei... Ikke så lenge de er trygge på seg selv. Og at de som da spør (...) tenker at her er det ikke *jeg* som er viktig, eller hva *jeg* mener, men det er den pasienten eller den personen som har behov. En fristiller seg selv i forhold til hva en selv tenker, og at en da formidler behov uansett.

S2 sier at en del av utfordringer kan ligge på personalet. Utfordringene kan handle om at personalet ikke alltid tenker på pasientens åndelige behov:

Jeg tenker det ligger litt sånn på personale jeg, at det er personale som, at vi må bli mer flinke til å tenke i forhold til åndelige behov. (...) Jeg føler at det går litt sånn på personalet, at vi kanskje ikke er flinke nok til å etterspørre ting, og ikke flinke nok til å få pasienter bort på gudstjenester.

D2 har tidligere møtt på noen utfordringer i forhold til enkeltpersoner. Videre sier han at utfordringene ligger i at kirken kunne ha samarbeidet mer med helse- og omsorgstjenesten. Han har tidligere erfaringer med å samarbeide om sorggrupper i forhold til barn og eldre enker med mer. D2 sier at hvis kirken hadde hatt flere diakoner kunne man ha gjort mye mer.

3.7.3 Oppsummering og refleksjon

Utfordringene i samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten avhenger i følge S1 og D2 av om det er gode rutiner. S1 sier at de ikke har møtt på noen utfordringer i samarbeidet med kirken. Jeg synes det er utrolig flott om det er virkeligheten. Videre lurer jeg på om jeg hadde fått et annet svar hvis jeg hadde intervjuet andre sykepleiere på avdelingen. D2 sier at det er viktig at kirken arbeider for å være tydelig nok på sin forankring, men samtidig må man vise åpenhet i forhold til å samarbeide.

Videre svarer diakonene og S2 at mulige utfordringer avhenger av personalet. D1 sier at det trenger ikke bli noen utfordringer i samarbeidet, dersom de ansatte er trygge på seg selv. Det er viktig at personalet fokuserer på pasientens behov. S2 svarer at utfordringene kan handle om at personalet ikke alltid tenker på pasientens åndelige behov. Videre sier D2 at utfordringene handler om at kirken kunne ha samarbeidet mer med helse- og omsorgstjenesten, dersom de hadde hatt mer ressurser.

4.0 Drøfting

4.1 Innledning

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte empirien opp mot teorien, slik at det kan bli mulig å svare på det som er problemstillingen for min oppgave: *Hvordan forstår den lokale menigheten i Den norske kirke og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, med vekt på sykepleierne, sitt samarbeid i forhold til å møte menneskers åndelige behov?* Jeg har ut fra denne problemstillingen formet noen forskningsspørsmål:

- Hva menes med ”samarbeid” og ”åndelige behov”?
- Hvordan kan man møte menneskets åndelige behov?
- Hvordan forstår kirken og helse- og omsorgstjenesten sin samarbeidsrelasjon?

Videre har jeg brukt disse forskningsspørsmålene til å lage en kapittelinndeling. I det første drøftingskapittelet vil jeg reflektere over samarbeidsbegrepet generelt, men også til en viss grad knytte samarbeidsbegrepet opp mot samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten. Deretter vil jeg i det andre drøftingskapittelet drøfte hva teorien og empirien mener med menneskets åndelige behov. Menneskets åndelige behov kan forstås på ulikt vis, men jeg har i denne sammenhengen valgt å fokusere på tre områder. I det tredje kapittelet vil jeg komme inn hvordan man kan møte menneskets åndelige behov. Til slutt vil jeg drøfte hvilken forståelse kirken og helse- og omsorgstjenesten har av deres samarbeidsrelasjon.

4.2 Samarbeid

Jeg vil først i dette kapitlet se på hvordan informantene bruker samarbeidsbegrepet generelt opp mot teorien om samarbeid. Videre vil jeg la informantenes svar om samarbeidsformer møte Romslands teori om samme tema. Jeg vil også i den sammenhengen antyde hvilke samarbeidsformer som kan være beskrivende for samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten. Helt til slutt vil jeg se informantenes svar om samarbeid i forhold til utfordringer innenfor kommunikasjon.

4.2.1 Samarbeidsbegrepet: *Klare retningslinjer, eller avtaler - at de blir fulgt opp.*⁸⁷

I samarbeidsteorien kommer det fram at begrepet samarbeid kan bety det samme som samordning og integrering. Knoff skriver at samordning handler om at tiltakene ovenfor pasienten bør være tilpasset hverandre, i stedet for å motvirke hverandre.⁸⁸ I forbindelse med intervjuene spør jeg informantene hva de forbinder med begrepet samarbeidet, og i den sammenheng er det ingen av dem som svarer at samarbeid handler om samordning eller integrering. Diakonene gir allikevel et svar som kan stemme godt overens med innholdet i begrepet samordning. De er opptatt av at de som skal samarbeide må ha en viss informasjon om hverandre, og hverandres oppgaver og funksjoner. D2 svarer at et samarbeid bør ha klare retningslinjer, og for at det kan skje må man ha kunnskap om hverandres oppgaver.⁸⁹

Samordning handler imidlertid om noe mer enn å ha informasjon om hverandres oppgaver og funksjoner. Man kan ikke si at man har oppnådd samordning, hvis man allikevel motvirker hverandre i praksis. D1 forteller at hun har vært opptatt av å fortelle de ansatte innenfor helse- og omsorgstjenesten hva hun kan tilby, og det har gjort at de har tatt kontakt med henne.⁹⁰ D1 får her fram at informasjonen om hverandres oppgaver og funksjoner må få konsekvenser for den praksisen som utføres. Informasjonen må føre til et tettere samarbeid slik at tiltakene kan tilpasses hverandre. Jeg skrev i forrige avsnitt at begge diakonenes utsagn om samarbeid stemmer godt overens med Knoffs definisjon, men ved å hente fram flere av D1s utsagn blir det tydelig at hun nærmer seg Knoff i større grad enn D2.

4.2.2 Samarbeidsformer: *Å jobbe i team, det er veldig viktig for et godt samarbeid.*⁹¹

Ulike samarbeidsrelasjoner krever ulike samarbeidsformer. I teorien henviser jeg til Romslands tre samarbeidsformer: flerfaglig samarbeid, tverrfaglig samarbeid og funksjonell tverrfaglighet.⁹² S1 bruker begrepet team når hun snakker om samarbeid, samt at det er viktig å jobbe i team for å få til et godt samarbeid.⁹³ Jeg tenker i utgangspunktet at det å jobbe i team

⁸⁷ Sitat av D2 hentet fra kapittel 3.2.2.

⁸⁸ Se kapittel 1.2.

⁸⁹ Se kapittel 3.2.2.

⁹⁰ Se kapittel 3.2.2.

⁹¹ Sitat av S1 hentet fra kapittel 3.2.4.

⁹² Se kapittel 2.2.2.

⁹³ Se kapittel 3.2.4.

kan være beskrivende for alle Romslands samarbeidsformer. S1 snakker imidlertid om å jobbe i team, etter at hun har nevnt de ulike yrkesgrupper som jobber på en avdeling.⁹⁴ Jeg tenker at arbeidet på en avdeling bør bære preg av å være noe mer enn et flerfaglig samarbeid. Det betyr at dersom jeg skulle plassere det å jobbe i team i forhold til samarbeidsformene, ville jeg si at det handler om et tverrfaglig samarbeid eller funksjonell tverrfaglighet.

Videre tenker jeg ikke at tverrfaglig samarbeid eller funksjonell tverrfaglighet er mest beskrivende for samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten. Funksjonell tverrfaglighet mener jeg er en samarbeidsform som kan være vanskelig å få til i denne sammenhengen. Ved funksjonell tverrfaglighet er man blant annet opptatt av at samarbeidspartnerne skal ha felles mål, og samarbeidet baseres på felles ideologi.⁹⁵ Jeg tenker at kirken og helse- og omsorgstjenesten kan ha felles mål, knyttet til at man ønsker at mennesker skal bli møtt i forhold til deres åndelige behov. Videre viser teorien at det er både forskjeller og likheter mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten, og forskjellene kan gjøre det vanskelig å oppnå funksjonell tverrfaglighet. I kapittel 4.5.4 vil jeg drøfte videre om det er det flerfaglige eller tverrfaglige samarbeidet som kan være betegnende for samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten.

4.2.3 Kommunikasjonsteori og samarbeid: *God kommunikasjon. Det er alfa og omega.*⁹⁶

I følge Larsen er god kommunikasjon viktig for å få til et godt samarbeid.⁹⁷ Larsens vektlegging av god kommunikasjon tenker jeg er noe alle som driver med samarbeid er enige om, og er på mange måter et underforstått kriterium for å få til et godt samarbeid. I møte med informantene, var det kun S1 som eksplisitt nevnte at god kommunikasjon er viktig for å få til et samarbeid. Imidlertid brukte tre av informantene, D1, S1 og S2, ordet kontakt da de skulle si noe om begrepet samarbeid. God kontakt tolket jeg til å handle om kommunikasjon, og dermed at god kommunikasjon er viktig for å få til et samarbeid.⁹⁸ Tre av informantene er dermed ut fra min analyse opptatt av at god kommunikasjon er viktig for å få til et godt samarbeid. Jeg mener dermed at informantenes svar kan bygge opp under påstanden om at

⁹⁴ Se kapittel 3.2.4.

⁹⁵ Se kapittel 2.2.2.

⁹⁶ Sitat av S1 hentet fra kapittel 3.2.1.

⁹⁷ Se kapittel 2.2.3.2.

⁹⁸ Se kapittel 3.2.1.

god kommunikasjon er et underforstått kriterium, i forhold til at det kun var en av dem som nevnte kommunikasjon eksplisitt.

Romsland skriver at ulik faglig spesialisering kan føre til at profesjonene har ulik forståelse av faglige begreper. Det gjør at kirken og helse- og omsorgstjenesten kan ha forskjellig språk for å snakke om samarbeid og åndelige behov.⁹⁹ I møte med informantene nevner diakonene at det kan være en fordel at diakonen har en sykepleiefaglig bakgrunn i forhold til et samarbeid med helse- og omsorgstjenesten. D1 sier videre at en helse- og sosialfaglig bakgrunn gjør at diakonene vet noe om hvordan institusjonene fungerer.¹⁰⁰ Diakonens helse- og sosialfaglige bakgrunn kan dermed gjøre det enklere å kommunisere med sykepleiere innenfor helse- og omsorgstjenesten. Det er imidlertid ingen av sykepleierne som sier noe om diakonenes bakgrunn, men det kan ha en sammenheng med at de først og fremst hadde et samarbeid med presten.¹⁰¹ Sykepleierne kan dermed møte på andre utfordringer i forhold til kommunikasjon. Man kan også møte på andre utfordringer i forhold til kommunikasjon dersom diakonen har en annen bakgrunn, for eksempel en pedagogisk bakgrunn.¹⁰² Ved å være klar over at man kan møte på utfordringer i forhold til kommunikasjon i et samarbeid på tvers av profesjoner, kan man gjøre sitt for at utfordringene ikke skal ødelegge for samarbeidet om å møte pasientenes åndelige behov.

I møte med informantene nevner begge sykepleierne og D1 ulike typer holdninger som viktige i et samarbeid. De nevner blant annet holdninger som toleranse, respekt, høflighet og åpenhet.¹⁰³ Lauvås og Lauvås skriver at samarbeidspartnere noen ganger kan bli mer opptatt av å avklare relasjonen seg i mellom, i stedet for å fokusere på saken/pasienten. Det kan også skje i samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten.¹⁰⁴ Uavhengig av hvilke diskusjoner som måtte foregå, kan det å møte hverandre med gode holdninger være avgjørende for at et samarbeid skal kunne fortsette på tross av uenigheter.

⁹⁹ Se kapittel 2.2.3.2.

¹⁰⁰ Se kapittel 3.5.3.

¹⁰¹ Se kapittel 3.5.2.

¹⁰² Det norske diakonforbund, *Kvalifikasjonskrav og tjenesteordning for diakoner*, Det norske diakonforbund, 1996, <http://www.diakonforbundet.no> (oppsøkt 16.10.10)

¹⁰³ Se kapittel 3.2.3.

¹⁰⁴ Se kapittel 2.2.3.2.

4.2.4 Oppsummering

Diakonenes påstand om at det er avgjørende å ha informasjon om hverandres oppgaver og funksjoner for å få til et samarbeid, kan til en viss grad stemme overens med Knoffs definisjon av samordning. Det er D1s svar som i størst grad kan relateres til Knoffs definisjon, ved at hun også fremhever hvilken betydning informasjonen må få for yrkespraksisen.

S1s utsagn om å jobbe i team mener jeg kan plasseres innenfor Romslands samarbeidsformer tverrfaglig samarbeid eller funksjonell tverrfaglighet. Det er ikke de to samarbeidsformene jeg mener kan være mest beskrivende for samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten. Jeg mener at man ikke kan bruke samarbeidsformen funksjonell tverrfaglighet i for å beskrive samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten.

Larsen er opptatt av at god kommunikasjon er viktig i et samarbeid. Tre av informantene er opptatt av at god kontakt er viktig for et samarbeid, og det har jeg tolket til å handle om at de er opptatt av at god kommunikasjon er viktig for å få til et godt samarbeid. S1 nevner eksplisitt at god kommunikasjon er viktig for et samarbeid. Videre kan man møte på kommunikasjonsproblemer når man skal samarbeide på tvers av profesjoner, fordi man kan ha ulike forståelser av faglige begreper. Ansatte innenfor kirken og sykepleiere kan ha et ulikt språk for å snakke om samarbeid og åndelige behov. Det kan i den sammenhengen være til hjelp at mange diakoner har en helse- og sosialfaglig bakgrunn, men uavhengig av bakgrunn er det viktig at utfordringene ikke blir et hinder for å få til et samarbeid på tvers.

Jeg tenker at det er ikke uten grunn at sykepleierne og D1 er opptatt av holdninger som toleranse og høflighet. De kan for eksempel ha opplevd ulike diskusjoner i forhold til fokusering på sak og relasjon, som gjør at de har erfart at det å møte hverandre på en god måte er avgjørende for å få til et samarbeid.

4.3 Åndelige behov

I begynnelsen av dette kapittelet vil jeg reflektere over hva som kan påvirke sykepleiernes og diakonenes forståelse av åndelige behov. Jeg vil drøfte om det er samsvar mellom teori og empiri i forhold til om åndelige behov har sin plass i et helhetlig menneskesyn. Videre vil jeg komme inn på hva teorien og empirien mener om åndelige behov, i betydningen menneskets forhold til Gud, menneskets forhold til det å skulle dø og menneskets behov for fellesskap.

4.3.1 Hva styrer diakonenes og sykepleiernes forståelse av åndelige behov?

*Nå er jeg personlig kristen selv, så da tenker jeg på min kontakt oppad.*¹⁰⁵

Barbosa da Silva har referert til Dagfinn Høybråten i en artikkel, hvor Høybråten tydeliggjør at utdanning er viktig i forhold til å fremme et helhetlig menneskesyn.¹⁰⁶ Det kan dermed være avgjørende at studenter som studerer sykepleie/diakoni får tak i den forståelsen av åndelige behov som preger den sykepleiefaglige forståelsen av mennesket / det kristne menneskesynet. I den sammenheng kan det være interessant å spørre: Hvilken utdanning som har størst betydning dersom man har tatt ulike utdannelse? Jeg tenker at man mest sannsynlig vil ta med seg noe fra begge utdannelse ut i sin yrkespraksis. En sykepleier som har videreutdannet seg til diakon kan kanskje ha en større trygghet i forhold til å snakke om åndelige behov. Det syns jeg i hvert fall er min personlige erfaring etter å ha utdannet meg til sykepleier, og ved at jeg nå tar en master i diakoni.

Den institusjonen som sykepleierne og diakonene jobber ved, vil også være med å gi en forståelse av åndelige behov ut fra de muligheter den gir for at mennesker kan få møte sine åndelige behov. I møte med de to sykepleierne jeg intervjuet, fortalte begge om et samarbeid med kirken i forhold til andakter/gudstjenester.¹⁰⁷ Videre har de ansattes personlige bakgrunn en betydning. S1 forteller at hun er personlig kristen¹⁰⁸, og det vil kunne være med å påvirke hennes forståelse av åndelige behov. Lie skriver at i åndelig omsorg er det pasientens behov som bør stå sentralt, og ikke helsearbeiderens behov for å overse teamet eller et eventuelt behov for å overbevise pasienten om sin egen tro.¹⁰⁹

4.3.2 Åndelige behov er medregnet i et helhetlig menneskesyn: *Det har vært fysiske, psykiske og sosiale behov, mens det åndelige har vært nederst* -.¹¹⁰

Både det kristne menneskesynet og den sykepleiefaglige forståelsen av mennesket har et helhetlig menneskesyn, hvor det kommer fram at mennesket består av ulike dimensjoner.¹¹¹ Jeg spurte ikke informantene direkte om dette med menneskesyn og menneskets ulike

¹⁰⁵ Sitat av S1 hentet fra kapittel 3.3.1.

¹⁰⁶ Dagfinn Høybråten referert til hos Barbosa da Silva, "Det kristne menneskesyns bidrag til helhetssynet på omsorgen i et pluralistisk samfunn", 251.

¹⁰⁷ Se kapittel 3.5.1.

¹⁰⁸ Se kapittel 3.3.1.

¹⁰⁹ Klara Lie, *Eksistensiell og åndelig helseomsorg – En praktisk veileder* (Kristiansand: Høyskoleforlaget AS, 2002), 163.

¹¹⁰ Sitat av S2 hentet fra kapittel 3.3.1.

¹¹¹ Se kapittel 2.3.2.

dimensjoner. Allikevel kommer det tydelige fram at alle informantene er opptatt av menneskets åndelige behov, og de nevner i tillegg andre menneskelige behov.¹¹² S2 er den eneste av informantene som eksplisitt nevner menneskets fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov i en sammenheng.¹¹³ Selv om ikke alle informantene eksplisitt nevner menneskets fire dimensjoner, vil jeg gå ut i fra at de kan stå for det menneskesynet som preger deres profesjon.

4.3.3 Åndelige behov – i betydningen menneskets forhold til Gud: *Ja, menneskers kontakt oppad.*¹¹⁴

Det kristne menneskesynet og den sykepleiefaglige forståelsen av mennesket er begge opptatt av at menneskets åndelige behov kan handle om menneskets forhold til Gud. Allikevel kommer det fram at det kristne menneskesynet fokuserer mer på dette punktet enn den sykepleiefaglige forståelsen av mennesket.¹¹⁵ I møte med informantene snakker alle om at åndelige behov kan handle om menneskets tro, og menneskets forhold til Gud.¹¹⁶ Videre er ikke det skillet man kan se i teorien like tydelig i empirien. For i empirien har også S1, i tillegg til diakonene, et tydeligere fokus på at åndelige behov kan handle om menneskets forhold til Gud.¹¹⁷ Selv om informantene fokuserer i ulik grad på at åndelige behov kan handle om menneskets forhold til Gud, samsvarer teorien og empirien om at åndelige behov kan handle om det. Det kan ha en sammenheng med det Tornøe skriver, om at det er en sterk tradisjon i Skandinavia til å tolke det åndelige innenfor en kristen forståelsesramme.¹¹⁸

4.3.4 Åndelige behov – i betydningen menneskets forhold til det å skulle dø: *- hadde et behov for å snakke om det å skulle dø -.*¹¹⁹

Mange mennesker tenker ikke nødvendigvis så mye på åndelige ting når livet er godt, men når man møter motgang og sykdom kan de åndelige spørsmålene komme tydeligere fram. Sæteren er innenfor sykepleiefaget opptatt av at menneskets møte med sykdom kan gi tanker omkring døden og meningen med livet.¹²⁰ Det kristne menneskesynet fokuserer ikke i samme

¹¹² Se kapittel 3.3.1, 3.3.2 og 3.6.1.

¹¹³ Se kapittel 3.3.1.

¹¹⁴ Sitat fra S1 hentet fra kapittel 3.3.1.

¹¹⁵ Se kapittel 2.3.3.3.

¹¹⁶ Se kapittel 3.3.4.

¹¹⁷ Se kapittel 3.3.1.

¹¹⁸ Tornøe, *Kan vi trøste hjertene?* 13.

¹¹⁹ Sitat fra D1 hentet fra kapittel 3.3.1.

¹²⁰ Se kapittel 2.3.2.

grad på at åndelige behov kan bli tydeligere i spesielle situasjoner i livet. I stedet fokuseres det kristne menneskesynet på hva åndelige behov betyr for livet i sin helhet.¹²¹ Det kristne menneskesynet er dermed opptatt av menneskets åndelige behov uavhengig av hva som skjer i livet, og det gjør at man også kan si at det er opptatt av menneskets åndelige behov i møte med døden. Ut fra denne refleksjonen kan man si at begge menneskesynene er opptatt av at menneskets møte med motgang og sykdom kan sette et fokus på menneskets åndelige behov. D1 forteller om et par eksempler hvor menneskets møte med sykdom og død har vært med å sette åndelige spørsmål på dagsorden. Alle de tre andre informantene er også opptatt av at menneskets åndelige behov kan handle om menneskers tanker omkring døden.¹²² Menneskets møte med døden er den perioden i livet som kanskje gir størst plass for menneskets åndelige behov uavhengig av hvilken tro eller overbevisning man har. Det stemmer overens med S2s svar om at åndelige behov ikke har blitt vektlagt i stor grad i den vanlige pleien, men har kommet i fokus når mennesker ligger for døden.¹²³

Både det kristne menneskesynet og den sykepleiefaglige forståelsen av mennesket er opptatt av at åndelige behov kan handle om spørsmål omkring meningen med livet. Spørsmålene kan knyttes opp til en kristen tro, men spørsmålene kan også stilles i en videre sammenheng.¹²⁴ Informantene er også inne på at åndelige behov kan handle om det eksistensielle. S1 sier at åndelige behov kan handle om opplevelsen av å bety noe for andre mennesker. Videre er D2 inne på at det kan være et åndelig behov å diskutere Falkberget, og Falkberget er opptatt av eksistensielle spørsmål i møte med livet.¹²⁵

4.3.5 Åndelige behov – i betydningen menneskets behov for å tilhøre et religiøst fellesskap: *Ha mulighet til å få komme på møter og sånn* -.¹²⁶

Den åndelige omsorgen innenfor sykepleiefaget tar på alvor at åndelig omsorg handler om å legge til rette for at mennesker kan få praktisere sin tro.¹²⁷ Videre er den kristne sjelesorgen innenfor teologien opptatt av å gi mennesker mulighet til å få delta i et kristent fellesskap. Mennesker kan trenge å være en del av et større fellesskap, der det er rom for både å gi og ta i

¹²¹ Se kapittel 2.3.1.

¹²² Se kapittel 3.3.1.

¹²³ Se kapittel 3.3.1.

¹²⁴ Se kapittel 2.3.3.1 og 2.3.3.2.

¹²⁵ Se kapittel 3.3.2.

¹²⁶ Sitat fra S2 hentet fra kapittel 3.3.3.

¹²⁷ Se kapittel 2.4.3.

mot omsorg og forbønn.¹²⁸ I møte med informantene var det to av informantene, S2 og D2, som snakker om muligheten til å delta i et kristent fellesskap som et åndelig behov.¹²⁹ Det kan bety mye for mennesker å få høre kjente og kjære salmer, få delta i nattverden eller få be bønnen "Fader vår" sammen med andre.¹³⁰

4.3.7 Oppsummering

Det kan være flere ting som påvirker sykepleiernes og diakonenes forståelse av åndelige behov. Utdanningen kan være med å gi et fundament i den sykepleiefaglige forståelsen av mennesket / det kristne menneskesynet. Videre kan også institusjonen, andre ansatte og den enkeltes personlige bakgrunn være med å påvirke den forståelsen man har av åndelige behov.

Både teorien og empirien er opptatt av at et helhetlig menneskesyn må romme menneskets åndelige behov. Det er kun S2 som eksplisitt nevner menneskets fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov i en sammenheng. Allikevel går jeg ut fra at alle informantene kan stå innenfor det menneskesynet som preger deres profesjon.

Åndelige behov kan i både teorien og empirien forstås som menneskets forhold til Gud, menneskets forhold til det å skulle dø og menneskets behov for å tilhøre et religiøst fellesskap. Å forstå åndelige behov som menneskets forhold til Gud er innenfor teorien i større grad vektlagt innenfor teologien enn sykepleiefaget. I møte med informantene er alle opptatt av denne forståelsen av åndelige behov, men S1 vektlegger denne forståelsen større enn S2. En forståelse av at åndelige behov handler om menneskets forhold til Gud kan henge sammen med en tradisjon for å fortolke åndelige behov innenfor en kristen forståelsesramme. Videre kan åndelige behov handle om menneskets forhold til det å skulle dø, og dermed spørsmål rundt hva som er meningen med livet. Disse spørsmålene blir i teorien og empirien knyttet til en kristen tro, men de kan også stilles i en større sammenheng. Åndelige behov kan forstås som menneskets behov for å tilhøre et religiøst fellesskap. Både den åndelige omsorgen innenfor sykepleiefaget og den kristne sjelesorgen innenfor teologien er opptatt av å legge til rette for at mennesker kan få praktisere sin tro. I møte med informantene nevner D2 og S2 at menneskers mulighet til å delta i et kristent fellesskap kan regnes som et åndelig behov.

¹²⁸ Se kapittel 2.4.2.

¹²⁹ Se kapittel 3.3.3.

¹³⁰ Jfr. kapittel 3.3.3.

4.4 Å møte menneskers åndelige behov

I dette kapittelet ønsker jeg å drøfte hva det betyr å møte menneskers åndelige behov. Først vil jeg drøfte hva teorien og empirien sier om hvem som kan gi åndelig omsorg. Deretter vil jeg komme inn på hvordan teorien og empirien mener man kan møte menneskers åndelige behov. Jeg vil i den sammenhengen reflektere rundt det å snakke med pasienter om åndelige behov, og videre vil jeg drøfte det å legge til rette for at pasienter kan få praktisere sin tro på annet vis.¹³¹

4.4.1 Hvem kan gi åndelig omsorg? *Da er det sikkert ikke noe behov for å tilkalle noen prest, utenom hvis det skal gis nattverd og sånn.*¹³²

Kapittelet om åndelig omsorg gjør det tydelig at både kirken gjennom diakonien og sykepleien har et mandat i forhold til å møte menneskers åndelige behov.¹³³ Jeg mener at også informantene uttrykker et implisitt mandat i forhold til å møte menneskers åndelige behov, gjennom deres eksempler om hvordan man kan møte menneskers åndelige behov.¹³⁴

Videre kommer det fram at den kristne sjelesorgen innenfor teologien gir et klart svar på hvem som kan gi kristen sjelesorg. Grevbo skriver at utøveren må være fundamentert på et kristent grunnlag eller i hvert fall være lojal mot det grunnlaget. Videre skriver han at andre kan gi omsorg for sjelen i vid forstand, men det må kalles noe annet enn kristen sjelesorg.¹³⁵

Den samme presiseringen finner man ikke innenfor den åndelige omsorgen innenfor sykepleiefaget. Der er forfatterne i større grad opptatt av at sykepleieren bør ha et avklart forhold til de åndelige spørsmål i eget liv, for å kunne være en utøver av åndelig omsorg.¹³⁶

Informantene lager heller ikke noe skille mellom hva slags åndelig omsorg som kan gis av de ulike institusjonene, i stedet går det et skille i hvor langt de mener at de ulike institusjonene kan gå i møte med pasienters åndelige behov. D1 nevner for eksempel at det går et skille ved nattverd, og sier at det er prestens oppgave å forrette nattverd.¹³⁷

¹³¹ Jeg kunne ha samlet disse to punktene under samme overskrift, men jeg har valgt å dele de opp for å kunne drøfte de mer utfyllende hver for seg.

¹³² Sitat fra D1 hentet fra kapittel 3.6.2.

¹³³ Se kapittel 2.4.4.

¹³⁴ Se for eksempel kapittel 3.4.

¹³⁵ Se kapittel 2.4.2.

¹³⁶ Se kapittel 2.4.3.

¹³⁷ Se kapittel 3.6.

4.4.2 Å snakke med pasienter om åndelige behov: *Det at du tar deg god tid, og tør å prate om ting.*¹³⁸

Både den kristne sjelesorgen innenfor teologien og den åndelige omsorgen innenfor sykepleiefaget er opptatt av å møte mennesker med respekt. Videre er begge opptatt av at åndelig omsorg handler om å våge å være nær et annet menneske i dets strev etter å finne en mening.¹³⁹ Alle informantene er opptatt av å gi mennesker tid og rom, slik at de kan få muligheten til å gi uttrykk for sine åndelige behov. Sykepleierne forteller for eksempel hvordan samtalen kan brukes, slik at pasienten kan få gi uttrykk for sine åndelige behov. S1 sier at stellesituasjonen gir en god mulighet til å snakke alene med pasienten. Det er imidlertid viktig at sykepleieren viser at man har god tid og at man er åpen for å snakke om ulike ting.¹⁴⁰ Jeg tenker at informantenes svar samsvarer med den åndelige omsorgen innenfor begge tradisjoner, ved å være opptatt av å ta menneskers tanker omkring åndelige behov på alvor.

Videre snakker D1 om hvordan verdinøytralitet på 1970-tallet har vært med å prege mange sykepleiere, slik at man har vært opptatt av at man ikke skulle påvirke noen. Diakonen mener at man vil ikke gjøre noe galt ved å spørre hvordan pasienten har det, og spørre om han/hun har behov for å snakke med en prest eller diakon. Videre sier D1 at det ikke er enkelt for pasientene selv å si at de har et ønske om en slik samtale.¹⁴¹ Det kan ut fra det diakonen sier her, høres ut som hun mener at sykepleiere ikke tar nok initiativ til å snakke med pasienter om åndelige behov. Det kan for så vidt stemme overens med teorien om den åndelige omsorgen innenfor sykepleiefaget, i forhold til at mange sykepleiere synes det er vanskelig å gå inn i slike samtaler. På en annen side kan man ikke sette likhetstegn mellom at mange sykepleiere synes det er vanskelig å snakke med pasienter om åndelige behov, med at mange sykepleiere lar være å gå inn i slike samtaler. Det kan hende at mange sykepleiere går inn i slike samtaler selv om de synes det er utfordrende. De sykepleierne jeg intervjuet fortalte at de kunne ta initiativ til ulike typer samtaler med pasientene, hvor man kunne komme inn på pasientenes forhold til de åndelige behov. S1 forteller for eksempel om hvordan inkomstsamtalen kan brukes til å få tak i om pasienten ønsker å delta på andakter.¹⁴² Det er vanskelig å si noe om denne initiativtakingen til å snakke med pasientene om åndelige behov er unik for disse

¹³⁸ Sitat av S1 hentet fra kapittel 3.4.1.

¹³⁹ Se kapittel 2.4.4.

¹⁴⁰ Se kapittel 3.4.1.

¹⁴¹ Se kapittel 3.4.1 og 3.4.2.

¹⁴² Se kapittel 3.4.1.

sykepleierne. Ut fra S1s uttalelse om bruken av inntakssamtalen, må man tro at det er flere ansatte enn S1 som også spør om pasientens tanker om å delta på andakter.

Sykepleieren Klara Lie skriver at åndelige behov har vært nedprioritert i en lang periode innenfor helse- og omsorgstjenesten. Det er først og fremst i de senere årene at menneskets åndelige behov har kommet i fokus.¹⁴³ Fokuset på pasienters åndelige behov kan være i endring, slik at det nå er flere sykepleiere som tør å snakke om åndelige behov. D1 kan allikevel ha et poeng i forhold til at det samtidig er mange sykepleiere som lar være å ta initiativ til samtaler om åndelige behov. I møte med informantene forteller imidlertid alle at de har tatt initiativ til samtaler med pasienter, som har involvert pasientenes åndelige behov.¹⁴⁴

4.4.3 Å legge til rette for at mennesker kan få praktisere sin tro: *Vi kan alltid synge en sang eller be Fader vår, og gjøre sånne ting.*¹⁴⁵

Både den kristne sjelesorgen innenfor teologien og den åndelige omsorgen innenfor sykepleiefaget er opptatt av å legge til rette for at mennesker kan få praktisere sin tro.¹⁴⁶ Videre tar begge tradisjonene opp at åndelig omsorg kan omfavne bruken av kirkelige midler, men det er ulikt hvordan man tenker at utøverens rolle skal være. Grevbo skriver at man innenfor sjelesorgen kan ta i bruk bønn og kirkelige midler som blant annet Bibelen, nattverd og skriftemål.¹⁴⁷ Innenfor sykepleiefaget er man i mye større grad opptatt av å legge til rette for at pasienten kan få ta del i skriftemål og nattverd, gjennom å henvise pasienten videre. Nielsen skriver derimot at sykepleieren gjerne kan be med pasienten, hvis pasienten ønsker det.¹⁴⁸ Begge tradisjonene åpner dermed opp for å be med pasienten, men det blir et skille i forhold til hvilken rolle utøveren kan/vil ha i forhold til de andre kirkelige midlene.

Selv om begge tradisjoner åpner opp for at man kan være med å be for/med pasienter, kan det ut fra teorien virke som om det er enklere for utøvere av den kristne sjelesorgen innenfor teologien å være med å be for/med mennesker enn utøvere av den åndelige omsorgen innenfor sykepleiefaget. Sykepleiefaget fokuserer på at sykepleieren må gjøre det man føler seg

¹⁴³ Lie, *Eksistensiell og åndelig helseomsorg*, 12.

¹⁴⁴ Se kapittel 3.4.

¹⁴⁵ Sitat av S1 hentet fra kapittel 3.6.1.

¹⁴⁶ Se kapittel 2.4.4.

¹⁴⁷ Se kapittel 2.4.2.

¹⁴⁸ Se kapittel 2.4.3.

komfortabel med.¹⁴⁹ Dette perspektivet blir ikke vektlagt innenfor teologien, og det kan handle om utøverne av den kristne sjelesorgen er mer fortrolige med det å be for/med andre. I møte med informantene forteller D2 at han har vært med å be for folk. Han påpeker i den sammenhengen at det er viktig å være varsom.¹⁵⁰ D2s vektlegging av å være varsom når man ber for folk, stemmer godt overens med den kristne sjelesorgen om å ta utgangspunkt i hva pasienten ønsker med bønner.¹⁵¹ Begge sykepleierne forteller at de kan være med å be "Fader vår" sammen med pasienten¹⁵², og de gir ikke noe uttrykk for at de føler seg ukomfortabel med det. Det kan dermed virke som disse sykepleierne er mer fortrolige med det å be for/med pasienten enn det sykepleiefaget skriver er vanlig for sykepleiere flest.

Videre er den kristne sjelesorgen innenfor teologien tydeligere på det å legge til rette for spesifikt kristne aktiviteter¹⁵³, mens man innenfor sykepleien må legge til rette for aktiviteter ut fra hvilken trosretning pasienten tilhører. Åndelig omsorg kan dermed handle om å legge til rette for at pasienter kan få følge religiøse forbud i forhold til mat. Schmidt nevner også at åndelig omsorg kan handle om å informere om religiøse møter og andakter.¹⁵⁴ Alle informantene forteller om et samarbeid med kirken/helse- og omsorgstjenesten i forhold til andakter/gudstjenester¹⁵⁵, og i den sammenheng må man gå ut fra at pasienten får informasjon om disse. S2 forteller imidlertid at de kunne vært flinkere til å samle pasientene til andaktene.¹⁵⁶ Hennes utsagn tyder på at det kanskje kunne ha vært enda flere pasienter som hadde hatt lyst til å delta på andakter, dersom det hadde blitt tilrettelagt for det. D2 sier at man kan dekke menneskers åndelige behov ved å legge til rette for at man kan få komme til kirken, eller så kan kirken komme til dem.¹⁵⁷ Informantene er på lik linje med den kristne sjelesorgen og den åndelige omsorgen opptatt av å legge til rette for at pasienten kan få praktisere troen.

4.4.4 Oppsummering

I den kristne sjelesorgen innenfor teologien lager Grevbo et skille mellom hvem som kan gi kristen sjelesorg og annen åndelig omsorg. Informantenes svar samsvarer med den kristne

¹⁴⁹ Se kapittel 2.4.3.

¹⁵⁰ Se kapittel 3.6.2.

¹⁵¹ Se kapittel 2.4.2.

¹⁵² Se kapittel 3.3.1.

¹⁵³ Se kapittel 2.4.2.

¹⁵⁴ Se kapittel 2.4.3.

¹⁵⁵ Se kapittel 3.5.1.

¹⁵⁶ Se kapittel 3.7.2.

¹⁵⁷ Se kapittel 3.4.3.

sjelesorgen innenfor teologien om at det kan være et skille mellom den åndelige omsorgen kirken og sykepleierne gir. Informantene lager imidlertid et annet skille, ved å si at det er forskjell på hvor langt de ulike institusjonene har kompetanse til å møte menneskers åndelige behov.

Åndelig omsorg kan handle om å snakke med mennesker om åndelige behov. I den sammenhengen er teorien om åndelig omsorg opptatt av at man må vise respekt for hvor pasienten er akkurat nå, og ta pasientens tanker om åndelige behov på alvor. Informantenes svar samsvarer med teorien ved å være opptatt av å gi pasientene tid og rom til å kunne gi uttrykk for sine åndelige behov. Mange sykepleiere synes, i følge teorien, at det er vanskelig å snakke med pasienter om åndelige behov. I møte med informantene tar alle initiativ til å ha samtaler med pasienter, som inkluderer pasientens åndelige behov. Det kan være unikt for disse sykepleierne, eller så kan det ha en sammenheng med at det skjer en endring i sykepleiernes holdning til å snakke med pasienter om åndelige behov.

Videre kan åndelig omsorg handle om å legge til rette for at mennesker kan få praktisere troen på ulikt vis. Det er her noen forskjeller mellom den kristne sjelesorgen innenfor teologien og den åndelige omsorgen innenfor sykepleiefaget. Sjesørgerens rolle innenfor en teologisk sammenheng kan favne flere av de kirkelige midlene i møte med pasienter, mens utøveren av åndelig omsorg innenfor sykepleiefaget må i større grad henvise videre til andre. Det er allikevel en likhet i forhold til at begge tradisjoner åpner opp for å be med pasienten, dersom pasienten ønsker det.

4.5 Hvordan forstår kirken og helse- og omsorgstjenesten deres samarbeidsrelasjon?

I dette kapitlet vil jeg komme inn på hvordan kirken og helse- og omsorgstjenesten forstår deres samarbeidsrelasjon. Jeg vil først ta utgangspunkt i at informantene opplever at det er et godt samarbeid mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten. I den sammenhengen vil jeg komme inn på mulige utfordringer mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten. Noen av svarene til informantene kan tyde på at et samarbeid trengs for å utøve et helhetlig menneskesyn, og det er overskriften for det neste kapitlet. Videre vil jeg komme inn på informantenes utsagn om at samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten trengs fordi institusjonene sitter med ulik kompetanse. Til slutt vil jeg komme inn på hvilken

samarbeidsform som kan beskrive den forståelsen kirken og helse- og omsorgstjenesten har av deres samarbeidsrelasjon.

4.5.1 Et godt samarbeid mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten: *Jeg synes det er veldig bra* -.¹⁵⁸

Samarbeidsteorien er tydelig på at man kan møte på en del utfordringer når man skal samarbeide på tvers av ulike faggrupper, for eksempel i forhold til kommunikasjon.¹⁵⁹ I møte med informantene forteller S1 og D2 at mulige utfordringer kan henge sammen med rutiner. D2 påpeker viktigheten av å være tydelig på at det er kirken man representerer, hvis ikke kan kristendommens perspektiv forsvinne i samarbeidsrelasjonen.¹⁶⁰ Videre mener diakonene og S2 at mulige utfordringer er avhengige av personalet. D1 påpeker at mulige utfordringer kan ha en sammenheng med personalets trygghet på seg selv. S2 forteller at en mulig utfordring kan ha sammenheng med at de ansatte ikke er flinke nok til å tenke på pasientens åndelige behov.¹⁶¹

Selv om tre av informantene nevner noen mulige utfordringer, er alle informantene tydelig på at de opplever det å samarbeide med kirken / helse- og omsorgstjenesten som noe positivt og bra.¹⁶² S1 uttrykker tydelig at det aldri har vært noe problem å samarbeide med kirken.¹⁶³ S2 nevner et område som ikke har fungert helt bra, men allikevel ser også hun på samarbeidet med kirken som veldig bra.¹⁶⁴ Ut fra min tolkning av informantenes svar er det tre forhold som gjør at samarbeidet kan betegnes som positivt og bra: gode og faste retningslinjer, møte hverandre på en god måte og positive erfaringer.¹⁶⁵ Jeg stiller et spørsmålstegn ved om informantene gir et riktig bilde av den forståelsen kirken og helse- og omsorgstjenesten har av sitt samarbeid rundt omkring i Norge. Ut fra min egen arbeidserfaring fra av å jobbe i helse- og omsorgstjenesten har jeg møtt både positive og negative holdninger i forhold til å samarbeide med kirken. Uavhengig av mine egne tanker og spørsmål er det uansett et godt utgangspunkt for et samarbeid at alle informantene opplever det som positivt og bra å samarbeide med kirken / helse- og omsorgstjenesten.

¹⁵⁸ Sitat av D1 hentet fra kapittel 3.5.1.

¹⁵⁹ Se kapittel 2.2.3.2.

¹⁶⁰ Se kapittel 3.7.1.

¹⁶¹ Se kapittel 3.7.3.

¹⁶² Se kapittel 3.5.1.

¹⁶³ Se kapittel 3.7.3.

¹⁶⁴ Se kapittel 3.5.1.

¹⁶⁵ Se kapittel 3.5.5.

4.5.2 Samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten trengs for å utøve et helhetlig menneskesyn: *Vi er jo absolutt avhengige av hverandre.*¹⁶⁶

Det kristne menneskesynet og den sykepleiefaglige forståelsen av mennesket er begge opptatt av å utøve et helhetlig menneskesyn.¹⁶⁷ I møte med informantene svarer D1 at kirken og helse- og omsorgstjenesten trenger hverandre for å ivareta hele mennesket:

Vi er jo absolutt avhengige av hverandre, altså de tar seg av den fysiske biten, eller det som går på det sosiale der og tilrettelegger for at mennesker skal ha gode dager, uker og år der de bor, på et sykehjem eller sånn, så kan vi som kommer litt utenfra være utfyllende, i forhold til at vi kan bidra med det vi kan.¹⁶⁸

D1s utsagn kan tolkes til at hun mener at kirken kan dekke menneskers åndelige behov, og helse- og omsorgstjenesten kan dekke de andre behovene.¹⁶⁹ Sykepleierne jeg intervjuet laget for så vidt også et skille mellom hvilke behov som de ulike institusjonene kan ta seg av. De sier at de ikke klarer å bidra med nok i forhold til å møte menneskers åndelige behov, og derfor trenger de hjelp fra kirken.¹⁷⁰ Et spørsmål som bør stilles i denne sammenhengen er om kirken først og fremst er opptatt av de åndelige behovene, og at sykepleien først og fremst er opptatt av de andre behovene? Innenfor teorien om den åndelige omsorgen er begge tradisjonene klare på at de har et mandat i forhold til å møte menneskers åndelige behov.¹⁷¹ Det er det for så vidt ikke sikkert at D1 og sykepleierne er ute etter å lage et skille mellom hvilke behov de ulike institusjonene skal ta seg av. De kan i stedet ønske å poengtere at kirken og helse- og omsorgstjenesten har ulik kompetanse, og det gjør at man trenger å samarbeide på tvers.

4.5.3 Samarbeidet trengs fordi kirken og helse- og omsorgstjenesten sitter med ulik kompetanse: *Men dem kan snakke med dem på en helt annen måte.*¹⁷²

Teorien om åndelig omsorg viser at det er både likheter og forskjeller mellom den kristne sjelesorgen innenfor teologien og den åndelige omsorgen innenfor sykepleiefaget.¹⁷³ D1 sier

¹⁶⁶ Sitat av D1 hentet fra kapittel 3.6.1.

¹⁶⁷ Se kapittel 2.3.2.3.

¹⁶⁸ Sitatet er hentet fra kapittel 3.6.1.

¹⁶⁹ Se kapittel 3.6.3.

¹⁷⁰ Se kapittel 3.6.3.

¹⁷¹ Se kapittel 2.4.4.

¹⁷² Sitat av S1 hentet fra kapittel 3.6.1.

¹⁷³ Se kapittel 2.4.4.

imidlertid at det bør ikke være noen forskjell mellom en sykepleier og en representant fra kirken i møte med pasienters åndelig behov. Hun sier at det fins mange kristne sykepleiere som klarer å møte menneskers åndelige behov på en god måte. Videre forteller hun at det er kun ved utdeling av nattverd det kan være behov for å tilkalle en prest.¹⁷⁴ D1 påpeker allikevel på lik linje med de andre informantene at et samarbeid mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten er viktig fordi institusjonene har ulik kompetanse på å møte menneskers åndelige behov.¹⁷⁵ Sykepleierne gir et inntrykk av at de synes det var greit å snakke med pasienter om åndelige behov, men samtidig mener de at det går et skille mellom deres og prestens samtaler.¹⁷⁶ S1 forteller at hennes samtale kan få et mer personlig preg, mens presten har en annen bakgrunn som gjør at han har mer erfaring og kunnskap om dette med sjelesorg.¹⁷⁷ Det kan handle om at hun tar på alvor at sykepleieren og presten har ulike roller i møte med pasientens åndelige behov. Dette er i tråd med det Tornøe skriver om at både sykepleieren og presten kan ha en sjelesørgerisk samtale, men samtalen kan bli forskjellig ut fra at de har ulike roller, utdanninger og erfaringer.¹⁷⁸ Det kan også understrekes med det D2 sier, om at kirken har en større kompetanse i forhold til den kristne tro.¹⁷⁹ Tornøe skriver at det er presten som har i oppgave å forkynne en kristen tro, og ikke sykepleiere.¹⁸⁰

Sykepleiefaget åpner opp for et samarbeid med andre, ved å si at man kan henvise til andre på de områdene man kommer til kort. Det åpner opp for et samarbeid med diakonen og/eller presten i forhold til å møte menneskers åndelige behov.¹⁸¹ Kirkens dokumenter åpner også opp for et samarbeid med andre. I kirkens dokument "Den norske kirkes identitet og oppdrag" står det at det er kirkens oppgave å legge til rette for at mennesker i ulike livssituasjoner kan få ta del i kirkens fellesskap. I den sammenhengen kan det handle om "kirkelig betjening ved sykehus, sykehjem (...)."¹⁸² Det trengs et samarbeid med helse- og omsorgstjenesten for at kirken skal kunne gi kirkelig betjening ved sykehus og sykehjem. Det betyr at både sykepleiefaget og kirken er åpen for et samarbeid med hverandre. I møte med informantene mener alle at det bør være et samarbeid mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten i

¹⁷⁴ Se kapittel 3.6.2.

¹⁷⁵ Se kapittel 3.6.3.

¹⁷⁶ Se kapittel 3.6.

¹⁷⁷ Se kapittel 3.6.2.

¹⁷⁸ Tornøe, *Kan vi trøste hjertene?* 103-104.

¹⁷⁹ Se kapittel 3.6.3.

¹⁸⁰ Tornøe, *Kan vi trøste hjertene?* 144.

¹⁸¹ Se kapittel 2.4.3.

¹⁸² Den norske kirke, *Den norske kirkes identitet og oppdrag*, Den norske kirke, 2004, <http://www.kirken.no/?event=doLink&famID=3197> (oppsøkt 27.11.09), punkt 17.

forhold til å møte menneskers åndelige behov.¹⁸³ D1 påpeker at kirken er avhengig av hjelp fra sykepleierne, i forhold til at de tenker på pasientens åndelige behov.¹⁸⁴

4.5.4 Hvilken samarbeidsform kan beskrive kirkens og helse- og omsorgstjenestens forståelse av deres samarbeidsrelasjon? – og når vi kommer så regner vi litt med at de tilrettelegger -.¹⁸⁵

I kapittel 4.2.2 var jeg inne på hvilken samarbeidsform som kan være beskrivende for samarbeidsrelasjonen mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten. Informantene fikk ikke noe konkret spørsmål om dette, men ut fra deres beskrivelser av samarbeidsrelasjonene vil jeg allikevel prøve å si noe om hvilke samarbeidsformer som kan være beskrivende. Alle informantene nevner et samarbeid kirken / helse- og omsorgstjenesten i forhold til andakt/gudstjeneste, og i forhold til å gi pasienter et tilbud om å samtale med en prest eller diakon.¹⁸⁶ Jeg tenker at begge samarbeidsforholdene først og fremst bærer preg av å være et flerfaglig samarbeid. Det kreves ikke en tett kontakt mellom samarbeidspartnerne, men for at samarbeidet skal fortsette er man avhengig av at tilbudene blir formidlet og brukt.¹⁸⁷ Ut fra informantenes svar kan det dermed virke som det er det flerfaglige samarbeidet som er den tydeligste samarbeidsformen mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten. Flerfaglig samarbeid handler om å samarbeide for å oppnå sine egne mål og for å gi pasienten beste tilbudet.¹⁸⁸ Kirken og helse- og omsorgstjenesten samarbeider for å gi pasientene muligheten til å bli møtt i forhold til sine åndelige behov. Videre kommer det fram at det er en tydelig arbeidsfordeling mellom de ansatte innenfor kirken og institusjonen i forbindelse med andakter/gudstjenester.¹⁸⁹ Ut i fra informantenes beskrivelse av samarbeidsforholdet rundt andaktene/gudstjeneste blir det allikevel tydelig at de ansatte ved institusjonen og diakonen/presten bidrar ut fra sitt ståsted og med sin egen kompetanse. Det høres ikke ut som det blir brukt mye tid på å lage en felles syntese av kunnskap, som er et kjennetegn på tverrfaglig samarbeid.¹⁹⁰

¹⁸³ Se kapittel 3.6.

¹⁸⁴ Se kapittel 3.4.1.

¹⁸⁵ Sitat fra D1 hentet fra kapittel 3.5.2.

¹⁸⁶ Se kapittel 3.5.1 og 3.5.3.

¹⁸⁷ Jfr. D2s utsagn om å informere om kirkens tilbud i kapittel 3.4.2.

¹⁸⁸ Se kapittel 2.2.2.

¹⁸⁹ Se kapittel 3.5.2.

¹⁹⁰ Se kapittel 2.2.2.

Informantene kom også med eksempler på samarbeidsforhold mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten som jeg vil betegne som et tverrfaglig samarbeid. S2 snakker for eksempel om et samarbeid mellom avdelingen og presten i kirken i forbindelse med en samlingsstund når noen på avdelingen dør. Det er en tett kontakt mellom sykepleieren og presten i forbindelse med samlingsstunden, og samlingsstunden krever en tilstedeværelse av ansatte fra begge institusjonene.¹⁹¹ Jeg vil dermed plassere samlingsstunden innenfor et tverrfaglig samarbeid. Et annet argument for å plassere samlingsstunden innenfor et tverrfaglig samarbeid, er den avhengigheten det er av at samarbeidspartnerne utfører sine oppgaver slik at samlingsstundens helhet blir ivaretatt. Andre eksempler som jeg vil plassere innenfor et tverrfaglig samarbeid diakonenes deltakelse i kommunenes kriseteam.¹⁹²

4.5.5 Oppsummering

Lauvås og Lauvås nevner at det kan være vanskelig å få til et samarbeid mellom ulike profesjoner og institusjoner. Tre av informantene nevner mulige utfordringer i forhold til å samarbeide med kirken / helse- og omsorgstjenesten, men allikevel sier alle at de opplever samarbeidet som positivt og bra. Det kan ha sammenheng med at samarbeidet innebærer gode og faste retningslinjer, møte hverandre på en god måte og at de har med seg positive erfaringer. Jeg setter imidlertid et spørsmålstegn ved om det gir et riktig bilde av samarbeidet rundt omkring i Norges land.

Både det kristne menneskesynet og den sykepleiefaglige forståelsen av mennesket er opptatt av å utøve et helhetlig menneskesyn. I møte med informantene kan det virke som om D1 og sykepleierne prøver å lage et skille mellom hvilke behov de ulike institusjonene skal ta seg av. Det kan virke som om de mener at kirken kan ha ansvaret for de åndelige behovene, og helse- og omsorgstjenesten kan ta ansvar for de andre. På den andre siden er det ikke sikkert at de ønsker å lage et slikt skille, men at de mener at kirken og helse- og omsorgstjenesten har ulik kompetanse og derfor bør man prøve å få til et samarbeid på tvers.

Alle informantene mener at det er viktig med et samarbeid mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten, fordi de sitter med ulik kompetanse på å møte menneskers åndelige behov.

¹⁹¹ Se kapittel 3.5.2.

¹⁹² Se kapittel 3.5.1.

Sykepleiere og diakoner/prester har i tillegg ulike roller i møte med menneskers åndelige behov.

Videre kommer informantene med ulike beskrivelser av samarbeidsrelasjonene mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten. Beskrivelsene kan knyttes opp til Romslands ulike samarbeidsformer. Ut fra deres beskrivelser er det mest flerfaglig samarbeid mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten, men det finnes også noe tverrfaglig samarbeid.

5.0 Konklusjon

Jeg har gjennom denne oppgaven ønsket å svare på: *Hvordan forstår den lokale menigheten i Den norske kirke og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, med vekt på sykepleierne, deres samarbeid i forhold til å møte menneskers åndelige behov?* Forskningsspørsmålene har vært til hjelp for å se forskjeller og likheter mellom teori og empiri, og på den måten drøfte samarbeidsrelasjonen mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten. Jeg vil nå videreføre en del av overskriftene fra kapittel 4.5, og dermed få svar på hvordan kirken og helse- og omsorgstjenesten forstår deres samarbeidsrelasjon i forhold til å møte menneskers åndelige behov. I konklusjonen har jeg kommet fram til 3 hovedpunkter for hvordan kirken og helse- og omsorgstjenesten forstår deres samarbeid i møte med menneskers åndelige behov. For det første mener kirken og helse- og omsorgstjenesten at de trenger hverandre for å utøve et helhetlig menneskesyn i møte med menneskers åndelige behov. Det neste punktet handler om at kirken og helse- og omsorgstjenesten sitter med ulik kompetanse i møte med menneskers åndelige behov. Til slutt kommer punktet om hvilken samarbeidsform som kan brukes mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten for å møte menneskers åndelige behov. Helt til slutt i konklusjon vil jeg antyde noen forbedringer av praksis og komme med forslag til videre forskning.

5.1 Kirken og helse- og omsorgstjenesten trenger hverandre for å utøve et helhetlig menneskesyn i møte med menneskers åndelige behov

Både kirken og helse- og omsorgstjenesten skal ut sitt menneskesyn og sin forståelse av åndelig omsorg være opptatt av å møte hele mennesket. I møte med informantene kan det i første omgang virke som om D1 og sykepleierne prøver å lage et skille mellom hvilke behov kirken og helse- og omsorgstjenesten skal ha ansvaret for. På en annen side kan det i stedet virke som de mener at kirken og helse- og omsorgstjenesten har ulikt å bidra med inn mot de ulike behovene. De kan ønske å påpeke at kirken og helse- og omsorgstjenesten trenger hverandre, for gjennom et samarbeid kan man i større grad klare å møte menneskers åndelige behov, og utøve et helhetlig menneskesyn. Kirken har ikke de samme mulighetene som helse- og omsorgstjenesten til å bidra i forhold til de fysiske, sosiale og psykiske behovene, og kirken sitter med en annen kompetanse og andre ressurser i forhold til menneskers åndelige behov.

5.2 Kirken og helse- og omsorgstjenesten sitter på ulik kompetanse i møte med menneskers åndelige behov

Kirken og helse- og omsorgstjenesten sitter på ulik kompetanse i møte med menneskers åndelige behov. Det er både likheter og forskjellene mellom deres forståelser av åndelige behov, og hvordan man kan møte menneskers åndelige behov. Alle informantene er opptatt av at kirken og helse- og omsorgstjenesten sitter på ulik kompetanse, og at det dermed trengs et samarbeid på tvers for å kunne møte menneskers åndelige behov på en best mulig måte. Det er nødvendigvis ikke en motsetning at mange sykepleiere kan klare å møte menneskers åndelige behov på en god nok måte på egen hånd. Likevel går det en grense i forhold til hva man kan bidra med ut fra den kompetansen og rollen man har. Det kan også gå en grense for hva sykepleiere føler seg komfortable med å gjøre og bidra med. Sykepleierteorien åpner opp for at sykepleiere kan være med be/for pasienter, og empirien gjør det tydelig at det er noen sykepleiere som føler seg komfortable med å gjøre det. Allikevel er teorien tydelig på at det ikke er sikkert at alle sykepleiere føler seg like komfortable med bønn og det å snakke med pasienter om åndelige behov. Sykepleierne trenger dermed en instans å henvise pasienten videre til, og derfor er det bra at sykepleiefaget åpner opp for å henvise til andre der man selv ikke strekker til. Lovverket og de yrkesetiske retningslinjene nevner ikke spesifikt kirken i den sammenhengen, mens kirken på sin side er tydelig på at man trenger å samarbeide med helse- og omsorgstjenesten. Alle informantene er imidlertid tydelige på at det trengs et samarbeid på tvers for å møte menneskers åndelige behov. Helse- og omsorgstjenesten trenger i stor grad den kompetansen kirken sitter med i forhold til den kristne tro, og i forhold til å bruke de kirkelige midlene. Kirken trenger på sin side kompetansen til helse- og omsorgstjenesten for å komme i kontakt med pasienter som trenger å snakke med dem åndelige behov.

5.3 Kirkens og helse- og omsorgstjenestens samarbeidsrelasjon i møte med menneskers åndelige behov

Informantenes beskrivelser av samarbeidsrelasjonene med kirken / helse- og omsorgstjenesten i forhold til å møte menneskers åndelige behov, tydeliggjør at ulike samarbeidssituasjoner kan trenge ulike samarbeidsrelasjoner. Jeg utelukket ganske tidlig i drøftingen at funksjonell tverrfaglighet kan være beskrivende for samarbeidsrelasjonen mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten. Ut fra informantenes beskrivelser ble det tydelig at hovedvekten for

samarbeidet med kirken / helse- og omsorgstjenesten lå på det flerfaglige samarbeidet, men informantene kom også med noen eksempler på tverrfaglig samarbeid. Alle informantene forteller om et samarbeid mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten i forhold til andakter/gudstjenester og samtaler, og det tenker jeg er tydelige eksempler på flerfaglig samarbeid. Det er klare retningslinjer for hva kirken og helse- og omsorgstjenesten skal bidra med inn i ulike samarbeidssituasjonene. Kirken og helse- og omsorgstjenesten samarbeider dermed slik det er nødvendig, for at pasienten skal oppleve å bli møtt i forhold til sine åndelige behov. Det kommer dermed tydelig fram at det ikke er nødvendig å ha et veldig tett samarbeid for å klare å møte menneskers åndelige behov.

5.4 Hvordan burde samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten ha vært?

Det er veldig bra at det er mange sykepleiere som møter menneskers åndelige behov på egen hånd. Allikevel tror jeg det fortsatt er mange sykepleiere som føler at de kommer til kort i forhold til å samtale med pasienter om åndelige behov. Det gjør at helse- og omsorgstjenesten trenger en instans som kan gi hjelp og støtte på dette området. I mange sammenhenger kan det enkleste og beste være å henvise videre til kirken. Det hadde imidlertid vært spennende og interessant om man i enda større grad kunne ha utnyttet den kompetansen som er på tvers, for eksempel i forhold til å øke det tverrfaglige samarbeidet. Jeg tenker at både kirken og helse- og omsorgstjenesten sitter med en kompetanse i møte med åndelige behov, som i mye større grad kunne vært utnyttet på tvers. Kirken og helse- og omsorgstjenesten har mye å lære av hverandres tanker og erfaringer om å møte menneskers åndelige behov. Et tettere samarbeid mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten vil også være med å gi åndelige behov en høyere plass på dagsorden, og jeg tenker at det vil komme mange pasienter til gode. Jeg tror at det fortsatt er mange pasienter som brenner inne med et behov for å snakke om sine spørsmål og tanker omkring det åndelige.

5.5 Videre forskningsarbeid

Jeg har i denne oppgaven kun intervjuet to sykepleiere og to diakoner, og dermed er det umulig å si om det gir et helt riktig bilde av hvordan andre sykepleiere og diakoner forstår samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten. Det kunne vært interessant å ha intervjuet flere sykepleiere på samme avdeling og flere ansatte i den samme lokale kirken, for

å finne ut om den forståelsen som sykepleierne og diakonene kommer med er en felles forståelse. Videre hadde det vært interessant å ha intervjuet sykepleiere som tydelig står for en annen tro eller overbevisning, og høre hvordan de forstår samarbeidet med kirken i forhold til å møte menneskers åndelige behov. Det kunne også ha vært interessant å intervjuet sykepleiere og diakoner andre steder i landet, for å drøfte forskjeller og likheter mellom de ulike steder.

I forbindelse med min oppgave har jeg stilt spørsmålet om hvordan kirken og helse- og omsorgstjenesten forstår deres samarbeid i forhold til å møte menneskers åndelige behov. En videreføring av denne oppgaven kunne være å intervjuet pasienter, om de opplever å få møtt sine åndelige behov gjennom samarbeidsrelasjonene mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten.

6.0 Litteraturliste

Barbosa da Silva, António. ”Det kristne menneskesyns bidrag til helhetssynet på omsorgen i et pluralistisk samfunn” I *Prismet: Pedagogisk tidsskrift* 50, nr. 6 (1985): 250-260.

Det norske diakonforbund, *Kvalifikasjonskrav og tjenesteordning for diakoner*, Det norske diakonforbund, 1996, <http://www.diakonforbundet.no> (oppsøkt 16.10.10)

Eriksson, Katie. *Omsorgens idé*. Oversatt av Anne Elsebet Overgaard. København: Munksgaard, 1996.

Grevbo, Tor Johan S.. *Sjelesorgens vei: En veiviser i det sjelesørgeriske landskap: Historisk og aktuelt*. Oslo: Luther Forlag AS, 2006.

Hagberg, Esbjörn. *Sjelesorg ved kjøkkenbordet*. Oversatt av Marte Breivik. Oslo: Lunde Forlag AS, 2006.

Henriksen, Jan-Olav: *Imago Dei: Den teologiske konstruksjonen av menneskets identitet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2003.

Hugaas, Jon Vegar og António Barbosa da Silva. ”Det kristne humanistiske menneskesynet og lidelses mening” I *Etikk i helsetjenesten: En moralfilosofisk analyse av forholdet mellom livssyn, menneskesyn og sykdomsbegrep i historisk og systematisk perspektiv*. António Barbosa da Silva med bidrag av Hans Magnus Solli, Marie Ljungquist og Jon Vegar Hugaas. 58-82. Stavanger: Misjonshøgskolens forlag, 2000.

International Council of Nurses, *ICNs etiske regler for sykepleiere*, International Council of Nurses, 1999, http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_norwegian.pdf (oppsøkt 01.05.10)

Jacobsen, John Steinar. ”Det kristne menneskesynet” I *Hva er et menneske? En artikkelsamling om menneskesynsspørsmål*. Med bidrag av Jostein Sæther, Åse Madsen, Siv Yndestad, Roald Kvam og Kristian Helland. 73-92. Bergen: NLA-forlaget, 1996.

Kirkerådet, *Plan for diakoni i Den norske kirke*, Kirkerådet, 2007,
<http://www.kirken.no/?event=doLink&famID=247> (oppsøkt 05.06.10)

Knoff, Richard H. "Den vanskelige 'samordningen': Noen grunntrinn for samarbeidspartnere i primærtjenesten" I *Sosialt forum/Sosialt arbeid* nr. 9 (1985): 130-133.

Kristoffersen, Nina Jahren, red. "Verdier og verdigrunnlag i sykepleie" I *Generell sykepleie 1: Fag og yrke: Utvikling, verdier og kunnskap*. 239-300. Oslo: Universitetsforlaget AS, 1996.

Kvale, Steinar og Svend Brinkmann. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oversatt av Tone M. Andersen og Johan Rygge. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2009.

Larsen, Rolf Petter. *Teamutvikling: Teambygging og teamarbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 1998.

Lauvås, Kirsti og Per Lauvås. *Tverrfaglig samarbeid: Perspektiv og strategi*. [Oslo]: TANO, 1994.

Lie, Klara. *Eksistensiell og åndelig helseomsorg – En praktisk veileder*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS, 2002.

"Lov om helsepersonell" I *Norges lover: lovsamling for helse- og sosialsektoren 2002-2003*. Redigert av Aslak Syse. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.

Nielsen, Rita. *At være sig selv – at blive sig selv. Den åndelige dimension hos døende mennesker*. Frederiksberg: Unitas Forlag, 2005.

Norsk Sykepleierforbund, *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, Norsk Sykepleierforbund 2007,
https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/143292/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF (oppsøkt 11.05.10)

Okkenhaug, Berit. *Når jeg ser ditt ansikt: Innføring i kristen sjelesorg*. Oslo: Verbum, 2002.

Patton, John. *Pastoral care: An essential guide*. Nashville: Abingdon Press, 2005.

Romsland, Grace I. "Tverrfaglig samarbeid og etikk" I *Etikk for helsefagene*. Redigert av Åshild Slettebø og Per Nortvedt. 149-170. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2006.

Schmidt, Heidi. *Har du tid til det, da? Om åndelig omsorg i sykepleien*. Nesttun: Folio Forlag AS, 2009.

Silverman, David: *Interpreting qualitative data: methods for analyzing talk, text and interaction*. 3rd ed. London: Sage, 2006.

Sæteren, Berit. "Omsorg for døende pasienter" I *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. Redigert av Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg. 3 utg., 235-256. Oslo: Akribe AS, 2010.

_____. "Åndelig og eksistensiell omsorg" I *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. Redigert av Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg. 3 utg., 304-316. Oslo: Akribe AS, 2010.

Tornøe, Kirsten. *Kan vi trøste hjertene? Hvordan møte alvorlig syke og døende pasienters åndelige behov*. Oslo: Tano Aschehoug, 1996.

Travelbee, Joyce. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oversatt av Kari Marie Thorbjørnsen. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2001.

Vedlegg nr 1: Brevet

Oslo, 17. desember 2009

Mette Bøe

Tlf: 97694324

Mail: mettemark@hotmail.com

Til

Takk for telefonsamtalen tidligere i dag, og takk for at jeg fikk sende denne skriftlige henvendelsen.

Jeg heter Mette Bøe, og holder nå på med min masteroppgave i diakoni.

Temaet for min masteroppgave er: *Hvordan er samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten i kommunen i forhold til å møte menneskers åndelige behov?* I den forbindelse ønsker jeg å intervju personer som er ansatt i kirken og sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten, om deres erfaringer og opplevelser rundt dette samarbeidet. Jeg lurte derfor på om du kunne tenke deg å bli intervjuet?

Intervjuets varighet er ca 1 time.

Intervjusvarene vil bli behandlet konfidensielt av meg. Det betyr at jeg vil ikke bruke opplysninger og intervjusvar i min oppgave som kan avsløre hvem jeg har intervjuet og hvilken kommune du arbeider i.

Jeg vil ringe deg 4-5 dager etter at du har fått denne mailen, for å høre om du kunne tenke deg å bli intervjuet, og for å høre om du eventuelt har noen spørsmål.

Mvh

Mette Bøe

Vedlegg nr 2: Intervjuguiden

Hvem er den intervjuede?

1. Kjønn –
2. Hvilken yrkesbakgrunn har du?
3. Hva jobber du som?
4. Hvor lenge har du hatt den jobben?
5. Har du eventuelt jobbet andre steder før? Eventuelt med hva?

Hva menes med samarbeid og åndelige behov?

Oppgaven min handler om samarbeid knyttet til menneskers åndelige behov. Jeg vil derfor først spørre om hva du forbinder med ordet samarbeid og med åndelige behov. Vi kan begynne med samarbeid først.

6. Kan du si noe om hva du forbinder med ordet samarbeid?
7. Hva tenker du er viktig for at et samarbeid skal bli et godt samarbeid?
8. Kan du si noe om hva du forbinder med åndelige behov?
9. Hvordan tenker du at man kan legge til rette for at pasienter kan gi uttrykk for sine åndelige behov?

Om samarbeidet mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten

Jeg mener først og fremst den lokale menigheten i Den norske kirke når jeg sier kirken. Men hvis dere har et samarbeid med frimenigheter, frelsesarmeen eller bedehus, så må du gjerne si noe om det også.

10. Kan du fortelle meg om den samarbeidssituasjonen du umiddelbart tenker på, når jeg sier samarbeid mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten i kommunen i forhold til å møte menneskers åndelige behov?
 - Hvordan opplever du at det er å samarbeide med kirken/helse- og omsorgstjenesten om akkurat dette?
 - Hva er kirkens rolle og oppgave i dette samarbeidet?
 - Hva er helse- og omsorgstjenestens rolle og oppgave i dette samarbeidet?
11. Hvilke samarbeidsområder er det mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten i kommunen i forhold til å møte menneskers åndelige behov?

- Er det faste avtaler på noen av disse samarbeidsområdene? Hvis ja, hvilke eller hvilket?
- Er det et av samarbeidsområdene det blir fokusert mest på? Hvis ja, hvilke eller hvilket? Og hva tenker du er årsaken til at vekten legges på det eller de områdene?

12. Hvilke personer/grupper samarbeider dere mest med innenfor kirken/helse- og omsorgstjenesten?

- Hva tror du er begrunnelsen for at det har blitt akkurat de personene/gruppene?

13. Er det andre samarbeidsområder mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten, som andre ansatte hos dere er engasjert i?

14. Kan du si noe om hvordan du har opplevd det å ha et samarbeidsforhold til kirken/helse- og omsorgstjenesten?

15. Hvilke muligheter tenker du at ligger i det å samarbeide med kirken/helse- og omsorgstjenesten?

16. Hvilke utfordringer tenker du at ligger i det å samarbeide med kirken/helse- og omsorgstjenesten?

17. Ser du andre områder eller knyttet til andre oppgaver hvor kirken og helse- og omsorgstjenesten kunne ha samarbeidet?

- Evt på hvilke områder eller i forhold til hvilke oppgaver?

18. For at et samarbeid skal opprettholdes over tid, er det avgjørende at man kan dra nytte av hverandres ressurser. Tenker du at et samarbeid med kirken/ helse- og omsorgstjenesten er viktig for å kunne møte menneskers åndelige behov? Hvis ja - på hvilke måter?

- Hva tenker du er kirkens ressurser i møte med menneskers åndelige behov?
- Hva tenker du er helse- og omsorgstjenestens ressurser i møte med menneskers åndelige behov?

19. (Hvis personen har jobbet andre steder) – Har du andre opplevelser eller erfaringer av det å samarbeide med kirken/helse- og omsorgstjenesten ut fra der du har arbeidet før?

- Hva var bra og utfordrende med det samarbeidet der?

- Er det noen av de erfaringene du kunne tenkt og tatt med deg videre hit? Evt hvorfor?

20. Hvordan skulle du ønske at samarbeidet var mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten i kommunen du jobber nå i forhold til å møte menneskers åndelige behov?

Hva er åndelige behov, og hvordan møte åndelige behov?

Det er mange forskjellige oppfatninger om hva åndelige behov er. I min oppgave legger jeg til grunn en forståelse av at åndelige behov handler om; spørsmål knyttet til hva som er meningen med livet, og det handler om troen på om det finnes en Gud eller ikke.

21. Dersom du legger denne forståelsen til grunn - I hvilken grad tenker du mennesker dere møter opplever å få møtt sine åndelige behov i deres samarbeidssituasjoner med kirken/helse- og omsorgstjenesten, eller ellers?

- Hvis i stor grad – På hvilke måter?
- Hvis i middels grad og liten grad – På hvilke måter? Har du noen tanker om hvordan pasientene kan oppleve i større grad å bli møtt på dette området?

22. I hvilken grad opplever dere at pasienter/mennesker tar opp åndelige behov i deres samarbeidssituasjoner med kirken/helse- og omsorgstjenesten, eller ellers?

- Hvis i liten grad – hva tenker du er årsaken til det?
- Hvis i middels eller stor grad - hva tenker du er avgjørende for at det kan skje?

23. På den andre siden – tar dere noen ganger initiativ til å snakke med pasienter/mennesker om deres åndelige behov?

- Hvis ja, er det i spesielle situasjoner dere tar initiativ til slike samtaler?
- Hva tenker du er avgjørende for å skape rom for at det kan skje?

24. Hvordan tror du forskjellen er mellom en sykepleier og en representant fra kirken i møte med menneskers åndelige behov?

- Hva tenker du er avgjørende for denne forskjellen?
- Hvor tenker du skillet går mellom hva en sykepleier kan gjøre og si, og hva en representant fra kirken kan gjøre og si?

Avsluttende spørsmål

25. Nå har jeg spurt en del spørsmål knyttet til samarbeid med kirken/helse- og omsorgstjenesten i forhold til å møte menneskers åndelige behov. Er det noe du synes er viktig knyttet til temaet, som ikke jeg har tatt opp? Hvis ja, har du lyst til å si noe om det?
26. Det du har sagt til meg, tenker du at det er en forståelse av samarbeidet med kirken/helse- og omsorgstjenesten som deles av de fleste her på avdelingen?
27. Hvordan opplevde du det å bli intervjuet?
28. Har du noen spørsmål eller kommentarer til slutt?