

Ellen Marie Aarsland

Åndelighet og åndelig omsorg i psykisk helsetjeneste

Hvilken forståelse og oppfatning har helsepersonell av åndelighet og åndelig omsorg for sine voksne pasienter som uttrykker et åndelig behov, i den psykiske helsetjenesten?

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Erik Søndena

Mai 2020

Ellen Marie Aarsland

Åndelighet og åndelig omsorg i psykisk helsetjeneste

Hvilken forståelse og oppfatning har helsepersonell av åndelighet og åndelig omsorg for sine voksne pasienter som uttrykker et åndelig behov, i den psykiske helsetjenesten?

Bacheloroppgave i Vernepleie
Veileder: Erik Søndena
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Problemstilling: Hvilken forståelse og oppfatning har helsepersonell av åndelighet og åndelig omsorg for sine voksne pasienter som uttrykker et åndelig behov, i den psykiske helsetjenesten?

Hensikt: Hensikten med studien er å finne ut hvilken forståelse og oppfatning helsepersonell har av åndelighet og åndelig omsorg, innenfor den psykiske helsetjenesten.

Metode: Studien er en kvalitativ litteraturstudie. Det er blitt utført strukturert og systematisk litteratursøk på fagfellevurdert forskning, i diverse vitenskapelige databaser. Fem relevante artikler er blitt inkludert i studien.

Resultat: Det er blitt identifisert to hovedfunn i artiklene. Disse er: 1) *Behov for kunnskap*, med underkategoriene *Åndelig omsorg og avklaring*, og *Balansen mellom profesjonell og privat*. 2) *Åndelighet og tabu*, med underkategorien *Hva hindrer den åndelige omsorgen*.

Nøkkelord: Åndelighet, livssyn, psykisk helse, helsepersonell, mental helse, psykiatri

Abstract

Issue: What understanding and perception do health care providers have of spirituality and spiritual care for their adult patients who express a spiritual need in the mental health service?

Purpose: The purpose of the study is to find out what understanding and perception health care providers have of spirituality and spiritual care, within the mental health service.

Method: The study is a qualitative literature study. Structured and systematic literature searches have been carried out on peer-reviewed research, in various scientific databases. Five relevant articles have been included in the study.

Results: Two main findings have been identified in the articles. These are: 1) *Need for knowledge*, with the subcategories *Spiritual care and clarification*, and *The balance between professional and private*. 2) *Spirituality and taboo*, with the subcategory *What hinders spiritual care*.

Keywords: Spirituality, psychiatry, nursing role, mental health care, spiritual meaning

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
ABSTRACT	2
INNLEDNING	5
PRESENTASJON AV TEMA	5
PROBLEMSTILLING	6
BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA	6
FORMÅL MED OPPGAVEN	7
AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING	7
BEGREPSAVKLARING	7
<i>Definisjon av åndelighet</i>	7
<i>Definisjon av åndelig omsorg</i>	8
<i>Psykiske lidelser</i>	8
TEMAETS RELEVANS FOR VERNEPLEIEREN	8
TEORI	9
LOVVERK OG RUNDSKRIV OM ÅNDELIGHET OG ÅNDELIG OMSORG	9
PSYKISKE LIDELSER OG ÅNDELIGHET	9
DOKUMENTASJON	10
HELHETLIG SYKDOMSFORSTÅELSE OG HELHETLIG SYN PÅ MENNESKET	10
FLERKULTURELL FORSTÅELSE	10
ÅNDELIG OMSORG	11
PROFESJONELL OG ÅPEN	12
METODE	13
VALG AV METODE	13
METODEKRITIKK	13
<i>Min forforståelse</i>	13
<i>Kritisk vurdering</i>	13
FREM GANGSMÅTE	15
<i>Tabell for strukturerte søk</i>	18
RESULTATER	19
LITTERATURMATRISE	20
<i>Artikkel 1</i>	20
<i>Artikkel 2</i>	21
<i>Artikkel 3</i>	22
<i>Artikkel 4</i>	23
<i>Artikkel 5</i>	24
TEMATABELL	25
SAMMENFATNING AV FUNN	25
TEMA 1: BEHOV FOR KUNNSKAP	25
TEMA 2: ÅNDELIGHET OG TABU	26
DISKUSJON	28
BEHOV FOR KUNNSKAP	28
<i>Åndelig omsorg og avklaring</i>	29
<i>Balansen mellom profesjonell og privat</i>	30
ÅNDELIGHET OG TABU	30
<i>Hva hindrer den åndelige omsorgen?</i>	31
KONKLUSJON	33
LITTERATURLISTE	34

Innledning

Presentasjon av tema

Åndelighet har vært en sentral del av livene til mange mennesker og samfunnet for øvrig i årevis. Mennesker søker etter trygghet, hensikt og tilhørighet, og noen finner dette i troen på noe som er større enn seg selv. Samfunnet utvikler seg og vokser, og det kommer stadig nye innslag av nye kulturer, livssyn og religiøsiteter til.

På 1900-tallet begynte yrkesgrupper gradvis å fjerne seg fra sitt religiøse utgangspunkt, og vendte seg mot vitenskapelige tenkningen. Dette kjenner vi til i dag som sekulariseringsteorien, som omhandler at religion og åndelighet som var de brukte forklaringsformer i samfunnet, ikke lenger trengtes når vitenskapen kunne gi svar på spørsmål (Danbolt og Nordhelle 2012, s.17). En konsekvens av sekulariseringen er at religion blir sett på som noe privat, og at det ikke hører hjemme i det offentlige rom. Denne forståelsen henger enda igjen mange plasser. En annen konsekvens av sekulariseringen i Norden og Storbritannia er manglende kunnskap om hva de ulike livssyn og åndelighet innebærer, og kunnskapsbehovet er stort for tjenesteytere som skal jobbe i kontakt med tradisjonell religion eller nyere livssyn som kommer ved endret befolkning, og det undervises lite om åndelighet i de ulike utdanningene (Danbolt og Nordhelle 2012, s. 48). I senere tid har det kommet ulike retningslinjer som har som mål å integrere et helhetlig menneskesyn for å gi helhetlig omsorg, innenfor helse- og sosialyrkene. Nå sier lovverk og offentlige føringer at menneskets åndelige behov står på lik linje som de sosiale, psykiske og fysiske behovene, og det legges vekt på viktigheten av at mennesker skal ha fri religions- og livssynsutøvelse.

I 2016 ble det utført en spørreundersøkelse av sosialarbeidere, der hensikten var å finne ut mer om religion og livssyn i profesjonelt sosialt arbeid. De ønsket å avdekke hvilke holdninger tjenesteyterne hadde til åndelighet i profesjonell rolle. Ved to av spørsmålene ble det spurt om inkludering av religion og livssyn i sosialt arbeid var i konflikt med yrkesetiske prinsipper og om det var i konflikt med sosialt arbeid faglighet. Resultatene fra disse spørsmål hadde til felles at det kom tre relative like store prosentandeler som svarer ulikt. Dette kan tyde på mangel på kunnskap, ulik forståelse av åndelighet, og mangel på faglig avklaring på hvordan det forventes at åndelighet skal inkluderes i praksis for sosialarbeidere (Vetvik 2016, s.63).

Vi vet i dag at mennesker med psykiske lidelser kommer ofte i sterk kontakt med eksistensielle spørsmål, og det er spesielt vanlig at religiøse tanker og virkelighetsoppfatninger oppstår ved psykose. I og med at dette er vanlig i psykiatrien bør eksistensielle spørsmål integreres i den psykiske helseomsorgen (Danbolt og Nordhelle 2012, s.118).

Problemstilling

Hvilken forståelse og oppfatning har helsepersonell av åndelighet og åndelig omsorg for sine voksne pasienter som uttrykker et åndelig behov, i den psykiske helsetjenesten?

Begrunnelse for valg av tema

Jeg opplever at gjennom mine tre år på vernepleierutdanningen at temaet ikke har blitt dekket slik jeg skulle ønske. Jeg har også opplevd i praksis og på jobb at det ikke er kultur og åpenhet til å prate om åndelighet med pasienter eller kollegaer. Opplevelsen min er at det er ok å ta opp temaet når noen ligger på dødsleiet. Men jeg undrer meg over om dersom dette har hatt betydning for noen hele livet, hvorfor kan det ikke bli snakket om tidligere i livet? Tjenesteytere sier at dette blir for personlig, og at man skal holde seg profesjonell med pasientene. Dette har fått meg til å undre over om pasientene får en helhetlig omsorg, når man utelukker den åndelige dimensjonen av mennesket. Temaet er også relevant for hvordan samfunnet utvikler seg. Det kommer stadig nye kulturer, religioner og livssyn inn i samfunnet, og vernepleieren vil komme i kontakt med mennesker med en bredde ulike bakgrunner.

Underveis når jeg skrev denne oppgaven opplevde jeg også at en venn ble innlagt på tvang i psykiatrien. Hennes opplevelse av helsepersonellet var at de var «kalde», og at de ikke ønsket å snakke med henne om åndelige temaer når hun tok det opp. Dette gav henne en opplevelse av å ikke passe inn i de rammene helsesektoren er bygget på, grunnet hennes «annerledes het». Dette gjorde situasjonen mer fortvilt og hun forstod ikke hvorfor hun ble holdt inne hvor de ikke aksepterte henne og ønsket å se og forstå henne. Etter dette ble denne oppgaven mye mer nær, og mer betydningsfull for meg. Min forståelse for betydningen av å belyse temaet ble viktigere, og en inspirasjon til å skrive denne litteraturstudien.

Formål med oppgaven

Formålet med denne litteraturstudien er å belyse et tema som jeg opplever får for lite oppmerksomhet i vernepleierutdanningen og i praksis. Jeg ønsker å tilegne meg mer kunnskap om dette temaet, og ta med meg dette ut i arbeidshverdagen min, som kommende vernepleier. Jeg ønsker å vise at åndelig omsorg er en viktig del av vernepleierens helhetsomsorg. Jeg oppfordrer leseren til å reflektere over sine egne holdninger til åndelighet, og at denne refleksjonen kan påvirke kvaliteten på praksisen. Kanskje opplever du at noe som provoserer deg, eller noe som skaper undring.

Avgrensning av problemstilling

Åndelig omsorg er et stort tema, som har medført at jeg har avgrenset til «pasienter som uttrykker åndelige behov». Ved dette avgrensner jeg problemstillingen til å omhandle mennesker som ønsker å utøve sin virkelighetsoppfatning, livssyn og/eller religion, da ikke alle nødvendigvis har dette behovet. Jeg bruker for det meste «åndelighet» som begrep, da dette rommer religion, livssyn og ulike virkelighetsoppfatninger.

I oppgaven har jeg valgt å ikke gå i dybden på ulike menneskesyn, men forholder meg til holistisk helhetlig menneskesyn, grunnet litteraturstudiets omfang og med tanke på at retningslinjene til helse- og omsorgsdepartementet er laget rundt dette menneskesynet.

Jeg bruker betegnelsen helsepersonell, da jeg ikke fant artikler som nevner vernepleieren direkte. Nordlund, Thronsen & Linde (2015, s. 23) legger til grunn at vernepleiere er helsepersonell, og derfor ser jeg på litteraturen som relevant for vernepleieren.

Begrepsavklaring

Definisjon av åndelighet

Åndelighet er et begrep som har ulike definisjoner som varierer med hvert enkelt livssyn, religion, og hver enkel person. Stifoss-Hanssen & Kallenberg (1998) beskriver at åndelighet inkluderer livssyn, og det kan være felles filosofier eller lære, og det kan også være enkeltmenneskers egne overbevisninger, vurderinger og opplevelser av livet (Danbolt og Nordhelle, 2012, s.26).

Definisjon av åndelig omsorg

Anne Elsebet Overgaard beskriver åndelig omsorg først og fremst som omsorg (Danbolt, 2012 s.16). Stifoss-Hanssen og Kallenberg definerer åndelig omsorg:

Det å være oppmerksom på brukerens eksistensielle spørsmål og ressurser ... Å lytte til den mening disse har i brukerens livshistorie, og å assistere brukeren i hans/hennes arbeid med eksistensielle spørsmål med utgangspunkt i hans/hennes eget livssyn (Danbolt og Nordhelle, 2012, s.21).

Psykiske lidelser

Folkehelseinstituttet definerer psykiske lidelser slik:

Betegnelsen psykiske lidelser benyttes når symptom- belastningen er så stor og av en slik karakter at det kan stilles en diagnose som for eksempel depresjon, ADHD, schizofreni eller bipolar lidelse. I forskning registreres de psykiske lidelsene som oftest gjennom strukturererte kliniske intervjuer og det benyttes bestemte diagnosekriterier som for eksempel *Internasjonale sykdomsklassifisering* ICD fra WHO eller *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM, som er utarbeidet av den amerikanske psykiatriforeningen. Statistikk over forekomsten av psykiske lidelser kan brukes til å beregne behandlingsbehov. (Folkehelseinstituttet, 2011:1, s.15).

Og de vanligste behandlingene for lidelsene er samtalebehandling og medikamentell.

Temaets relevans for vernepleieren

I rammeplanen for vernepleierutdanning blir det beskrevet som mål å utdanne yrkesutøvere som er reflekterte og setter mennesket i sentrum. Videre konkretiseres det at studenten skal utvikle et helhetlig menneskesyn, ivareta brukerens autonomi og rett til selvbestemmelse, og vise respekt for enkeltmennesker integritet og rettigheter. Etter endt studium skal yrkesutøvelsen bygges på likeverd og en skal møte den enkelte med empati uavhengig livssyn, religion, kultur eller virkelighetsoppfatning. Dette er også avgjørende for å kunne gi et godt tilbud til den som har behov for det (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005, s. 3-5).

Som vernepleier skal man ivareta hele mennesket, i ulike livsfaser og utfordringer i livet. Og da kan man ikke utelukke en dimensjon av mennesket, om det har betydning for pasienten. Om det ikke blir vist respekt for eller hensyn, kan det bli sett på som diskriminering på grunn av religion.

Kompetansen til vernepleieren er tredelt der samfunnsfaglige og juridiske emner utgjør ca. 23%, pedagogiske og psykologiske emner utgjør ca. 13% og helsefaglige emner utgjør ca. 25%. Kompetansen til vernepleieren er viktig innenfor flere institusjoner som blant annet psykisk helsearbeid. Vernepleierfaglig arbeid har som målsetting å gi den enkelte best mulig støtte og hjelp ut fra de forutsetningene som ligger til grunn, slik en kan leve et meningsfullt liv, ha selvbestemmelse, og ha likeverd. Norlund presiserer at helhetssyn på mennesket er helt sentralt i vernepleierfaglig kompetanse (Norlund et al., 2015, s.18-20).

Teori

Lovverk og rundskriv om åndelighet og åndelig omsorg

Grunnloven §16 beskriver retten til egen tros- og livssynsutøvelse (Grunnlova, 1814, §16), og denne blir også brukt i FNs verdens erklæring for menneskerettigheter (FN, 1948, Artikkel 18). Denne grunnleggende rettigheten gjelder også dem som er rammet av nedsatt funksjonsevne eller sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, s.1)

Helse- og omsorgsdepartementet skrev i 2009 at tjenesteytere har plikt for å legge til rette for at den enkelte skal få mulighet til å utøve fri tros- og livssynsutøvelse (Omsorgsdepartementet 2009, s.2).

I opptrappingsplanen for psykisk helse kommer det frem at et helhetlig menneskesyn inkluderer åndelighet. Åndelighet blir likestilt med sosiale, fysisk og psykiske behovene menneskene har, «*et menneske med psykiske problemer skal bli sett på som et helhetlig menneske, med kropp, sjel og ånd. Brukerens behov må være grunnleggende for behandlingen og kjernen i pleien*». (1999-2006)

Psykiske lidelser og åndelighet

Personer med psykiske lidelser opplever ofte å få dyp kontakt med eksistensielle temaer. Lengsel etter sammenheng og mening kan forsterke behovet etter det åndelige perspektivet og svar på eksistensielle spørsmål. Helsepersonell som jobber med mennesker med psykiske lidelser vil komme til å se en bredde i tro, livssyn og interesse for eksistensielle spørsmål. Da er det ekstra viktig at helsepersonellet viser respekt for pasientens åndelighet. (Borge, 2012, s. Danbolt).

Dokumentasjon

Helsepersonelloven har en paragraf om dokumentasjonsplikt til helsepersonell. Her skal nødvendige og relevante opplysninger om pasienten og hvilken helsehjelp de får dokumenteres. I mange systemer har ikke åndelighet fått en egen definert plass i dokumentasjonen, dette kan føre til at den forsvinner eller blir glemt. (Schmidt 2014, s. 85)

Helhetlig sykdomsforståelse og helhetlig syn på mennesket

Å ha et helhetssyn på mennesket innebærer å ta det åndelige og eksistensielle på alvor. Helsepersonell må alltid forholde seg til mennesker som består av åndelige og kroppslige dimensjoner. Det må tas hensyn til enkeltmennesket ulike dimensjoner som kropp, sjel og kropp eller sjel og ånd (Johannessen, 2012, s.37).

For å få til å forholde seg til hele mennesket i praksis beskriver Røkenes og Hanssen (2015) at teoriene og arbeidsmåtene helsepersonell tar i bruk er nødt til kunne fange opp og omhandle de sidene av mennesker som handler om følelser, indre opplevelser, selvbilde og vilje (Røkenes og Hanssen 2015. s.18). Helsepersonell møter mennesker der de er i livet. Det kan ikke forventes at de skal være eksperter på alle alternative retninger, men forventningen kan være at pasientens åndelige spørsmål blir tatt på alvor (Schmidt, 2014, s.19).

Flerkulturell forståelse

Når man som tjenesteyter møter en pasient med ulikt livssyn og bakgrunn møtes, blir verdiene og holdningene ofte utfordret. Dette kan danne en usikkerhet og følelse av å ikke strekke til og fortvilelse. Når man skal forklare hva som er normalt eller annerledes, tar et utgangspunkt i seg selv og sin egen bakgrunn. I samfunnet er det mange ulikheter og forskjeller, og det er viktig for helsepersonellet å respektere ulikhetene, men også se etter fellestrekk og det som er grunnleggende for pasienten. Alle mennesker sårbare og har behov for å bli verdsatt og godtatt, og det er viktig for helsepersonell å skape trygghet og en god relasjon til den som behøver hjelp (Schmidt, 2014, s.17-18).

Når det etterspørres om pasientens kultur, historie og tradisjon innenfor de religiøse og eksistensielle spørsmålene, kan det hjelpe å ha en narrativ tilnærming. Da kan pasienten fortelle om sin historie, og dette kan føre til å pasienten får styrke identiteten sin. Gjennom

dialogen hvor pasienten forteller om seg selv, får tjenesteyteren og pasienten økt forståelse for hverandre som kan bidra til mening, tro og håp (Borge, 2012, s.132).

Åndelig omsorg

Å gi åndelig omsorg krever at en tar utgangspunkt i enkeltmenneskers erfaringer av mening og eksistens. Det åndelige temaet kommer ofte opp spontant og uplanlagt, som krever at den profesjonelle må være sensitiv, og prioritere å være sammen med personen når temaet kommer opp. Tveit legger også vekt på at den profesjonelle må våge å møte disse samtale, og det handler om erfaringer, trygghet og kunnskap hos den enkelte profesjonsutøveren (Tveit, 2012, s.159).

Schmidt opplever at åndelig omsorg er et tema som har forsvunnet fra mange arbeidsplassen innenfor helsevesnet, i mindre eller større grad. Temaet har lett for å bli glemt om helsepersonell ikke er bevisst på det (s.47). Åndelig omsorg handler om å se mer en symptomer, diagnoser og det medisinske behandlingen. En må få øye på enkeltmennesket bak pasienten. Åndelig omsorg innebærer å forstå hvordan pasienten opplever situasjonen og sykdommen, og utgangspunktet for må være mennesket og ikke sykdommen eller diagnosen. Når en bringer opp åndelige temaer kan det vekke reaksjoner hos pasienten, og det kan komme følelser som må få utløp. Da er det viktig at helsepersonell er tilstede, og ikke søker tilflukt i travelhet og andre oppgaver. Åndelig omsorg er å være hos pasienten, ta i imot, være nær, her og nå (Schmidt, 2014, s.50-51).

Ulike faktorer kan hindre åndelig omsorg. Finnen, Katie Eriksson mener at mange helsepersonell ikke ønsker å innse at pasienter har behov for omsorgen, de er ikke motiverte og søker ikke etter kompetanse. Schmidt sin opplevelser er at det er tabulagt på visse arbeidsplasser, og at mange ser på det som en privatsak som de ikke behøver å ta del i. Hun viser til 3 faktorer som kan hindre utøvelsen: Usikkerhet, indre barrierer, og ytre barrierer. Usikkerheten kan skyldes manglende kunnskap eller kompetanse. Helsepersonellet kan være redd for å bli for privat, krenkende, eller usikre på hvordan de skal kommunisere åndelig omsorg eller observere åndelige behov. Disse faktorene kan føre til at temaet blir fleipet om eller ikke snakket om, da det er vanskelig å forholde seg til og håndtere. De indre barrierene omhandler møte med andre mennesker som har ulik overbevisning en deg selv. Frykt og fordommer skaper indre barrierer. De ytre barrierene omhandler organisasjon og ledelse.

Økonomiske utfordringer gjør at helsepersonell har tidspress og man rekker ikke alltid over alle oppgaver. Pasientenes opphold i psykiatrien skal vær mest effektiv og kortest mulig, som gjør det vanskelig å skape en god relasjon og trygghet for å følge opp pasienten (Schmidt, 2014, s.52-53).

Profesjonell og åpen

Helsepersonell som har et uavklart forhold til den om åndelighet eksisterer, hindrer dette tjenesteyteren til å møte pasienten med åpenhet når det kommer til spørsmål om åndelighet. Om profesjonelle tjenesteytere ikke har en åpenhet for annerledes tenkning, vil det lukke døren for samtaler om åndelighet. Om den profesjonelle har et verdisyn som bygges på reflekterte og gjennomgripende erfaringer og erkjenninger har personen mulighet til å møte den pasienten med åpenhet for det åndelige, og med toleranse som ikke er truer ens egen åndelighet (Skjeggestad, 2012, s.89-90). Borge presiser at det er viktig at den profesjonelle har evne til å være personlig uten å bli utleverende og privat. For å oppnå dette må det brukes personlig og faglig skjønn. Videre beskriver han utfordring mange helsepersonell har innenfor psykiatri, er usikkerheten til hvordan en skal håndtere de åndelige spørsmålene hos pasientene. Mange benytter seg av en ensidig medisinsk modell, hvor åndeligheten får liten plass istedenfor å ha et fenomenologisk ståsted (Borge 2012, s. 132)

Metode

Valg av metode

Rammen for valg av metode var forhåndsbestemt av NTNU, og det er et kriterie at oppgaven skal være en litteraturstudie. Litteraturstudie kjennetegnes ved at en systematiserer kunnskapen en tilegner seg fra skriftlige kilder. Ved systematisering krever det å innhente litteratur, gjennomgå den med et kritisk blikk, og til slutt å se det i en helhet (Thidemann 2019, s.77). Min problemstilling peker mot kvalitativ studie. Jeg skal undersøke hvilken *forståelse* og *opplevelse* enkelte eller små grupper av helsepersonell har rundt temaet. Målet er å få i innblikk i hvilken kunnskap og holdninger et utvalg helsepersonell har, og i studier av denne typen vil det være naturlig å benytte seg av kvalitativ metode. Da kvalitativ studie benytter ofte intervjuer av enkeltmennesker eller grupper (Thidemann 2019, s. 76).

Metodekritikk

Min forforståelse

Dalland (2017, s.58) presiserer at en skal møte litteraturen verdinøytralt, og være klar for egen forforståelse når en skal skrive en oppgave. Jeg har en forforståelse som ser viktigheten av åndelighet, da jeg selv har en personlig tro som er viktig for meg. Min erfaring fra praksis er at dette temaet ikke skal prates høyt om, det er for personlig og hører ikke hjemme i den profesjonelle rollen. Erfaringene viser at det er en privatsak, og blir tabu-belagt, og dette har ført til at jeg stort sett aldri nevner at jeg har en tro i arbeidssituasjon. Ved å redegjøre for forforståelsen min blir jeg klar over min egen holdning til litteraturen jeg har brukt, og gjort leseren klar over hvilket utgangspunkt oppgaven er skrevet ut fra. Jeg har valgt å ikke skrive denne oppgaven med fokus på utvalgte religioner, men å bruke åndelighet som begrep, som omfavner et bredere spekter av livssyn og eksistensielle oppfatninger, da jeg er nødt til å være åpen for andre tolkninger og forståelser. Oppgavens tema er dannet med grunnlag for hva som sies i rammeplanen for vernepleierutdanningen og opptrappingsplanen for psykisk helse, noe som styrker dens faglig relevans. Selv om jeg prøver å ta et steg tilbake fra min personlige forforståelse, vil den ha påvirket hvordan jeg tolker og forstår litteraturen jeg leser, og hatt en grunnleggende betydning for hvilke artikler jeg har valgt å inkludere.

Kritisk vurdering

Litteraturstudie baseres på eksisterende forskning, men mine beskrivelser vil bære preg av min personlige tolkning. Man kommer ikke foruten å beskrive uten å tolke, for når man velger

hva som skal beskrives og hva som skal være med i oppgaven, har tolkningen allerede startet (Dalland, 2017 s.55). Og dette kan prege metodens pålitelighet. Dalland (2017, s.55) beskriver at pålitelighet (også kalt reliabilitet) innebærer en riktig gjennomføring av målingene og forklaring av eventuelle feilmarginer. En annen feil som kan ha oppstått under arbeidet er under oversettelse fra engelsk til norsk. Tre av mine fem artikler er på engelsk, noe som innebærer at jeg kan ha oversatt eller tolket annerledes enn hva forskerne ønsket å formidle i studien. Ingen av artiklene omhandler vernepleieren direkte, og jeg har måttet benytte meg av studier som omhandler sykepleiere og sosialarbeidere innenfor den psykiske helseomsorgen. De ulike profesjonene har ulik praksis, og hadde det vært studier som omhandlet vernepleieren, kunne resultatet kanskje vært annerledes.

Ved bruk av kvalitativ metode, hvor intervju og observasjon blir tatt i bruk for innhenting av data, kan det oppstå misforståelser, og det kan også preges av forskerens personlighet. I intervjuene med enkeltpersonene eller gruppene kan det oppstå feilkilder i kommunikasjonsprosessen. Blir spørsmålet riktig oppfattet? Blir svaret notert riktig? Dette kan føre til følgefeil ved transkriberingen og analysen av dataen (Dalland 2017, s.60). I noen av mine artikler har intervjueren kjennskap til de som blir intervjuet, og deltakerne kan svare det de tror intervjueren ønsker å høre.

Styrken med litteraturstudiet er at artiklene jeg har valgt ut er fagfellevurdert, og styrker artiklenes pålitelighet. De inkluderte artiklene er blitt søkt opp i «Register over vitenskapelige publiseringskanaler», for å få bekreftet at alle var fagfellevurdert i 2020. Jeg har også søkt i ulike databaser som har gitt meg en god oversikt over forskningen innenfor temaet. *Sjekkliste* fra helsebiblioteket.no (Helsebiblioteket, 2016) har også blitt tatt i bruk. «Sjekklistene er laget som pedagogiske verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler» (Thidemann, 2019, s. 91). Jeg benyttet meg av sjekklisten for «kvalitativ studie» i artikkelanalysen. Ved bruk av sjekklisten har det ført til at jeg vet at artiklene svarer på problemstillingen min, og at de er relevante for oppgaven. Et annet hjelpemiddel som ble tatt i bruk for systematisering av innholdet av artiklene er litteraturmatrise. Ved å bruke denne matrisen, ble hovedelementene fra hver artikkel samlet, og jeg fikk en systematisk oversikt over hva de ulike artiklene innebar. Ved å få denne oversikten ble det tydeligere hvilke artikler jeg ikke hadde bruk for å besvare problemstillingen min. Jeg tok i bruk markeringstusj med fargekoder for å se likheter og ulikheter med de utvalgte artiklene. Dette gjorde det også lettere å finne hvilke temaer jeg

skulle ta i bruk i resultatdelen. Hovedtemaene jeg endte opp med var: Behov for kunnskap og åndelighet og tabu.

Fremgangsmåte

Etter flere tankeprosesser rundt tema, problemstilling og metode, endte jeg opp med problemstillingen: *Hvilken forståelse har helsepersonell av åndelighet og åndelig omsorg for sine voksne pasienter som uttrykker et åndelig behov, i den psykiske helsetjenesten? Og hva skjer om dette ikke blir tatt hensyn til?*

Neste steg ble å planlegge hvordan jeg skulle finne artiklene jeg skulle bruke i denne litteraturstudien. Jeg gjorde store ustrukturerte søk i «Google Scholar» for å lese meg opp og gjøre meg kjent med forskning som finnes rundt mitt tema. Strukturerte litteratursøk ble gjennomført for å velge ut relevante artikler. Jeg tok i bruk NTNU sin oversikt over databaser, og leste meg opp på hvilken litteratur som hørte til de ulike søkemotorene og utelukket de som ikke hadde relevant litteratur for å besvare min problemstilling.

Deretter definerte jeg inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier, for å tydeliggjøre litteratursøket og avgrense mengden av litteratur. Ved å gjøre dette blir søket mer hensiktsmessig, ved at søket blir mer presist og man får avgrenset mengden litteratur (Thidemann, 2019, s.83).

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">- Fagfellevurdert- Artikler fra 2010-2020- Kvalitativ metode- Språk: Norsk Svensk, Dansk eller Engelsk- Psykiatri- Psykisk helseomsorg- Fra 18 år og oppover- Åndelighet- Norden, Vest-Europa	<ul style="list-style-type: none">- Sykehjem- Rus- Afrika- Asia- Øst-Europa- USA- Australia

Grunnen til at jeg har enkelte verdensdeler på eksklusjonskriterier, er at overførbarheten blir vanskelig, grunnet ulik praksis i forhold til Norge. I første omgang ønsket jeg å finne artikler fra Skandinavia, men fant fort ut at det finnes for lite nyere forskning til at dette skulle gå. Jeg

ble nødt til å utvide søket, men ønsket å holde meg nærest mulig Norge, slik at studiene ble mest mulig relevante.

Thidemann (2019, s.82) skriver følgende: «Før litteratursøk er det viktig at du konkretiserer informasjonsbehovet ditt». For å fokusere og presisere problemstillingen mest mulig og gjøre den søkbar, tok jeg i bruk PICO som et hjelpemiddel. Når tabellen er utfylt viser den hvilke komponenter i problemstillingen som er oppfylt.

P: Hvilken pasientgruppe/populasjon (Population/patient/problem)	I: Hva er du interessert i? (Intervention)	C: Alternativer (Comparison)	O: Resultater (Outcome)
Helsepersonell i relasjon til pasienter	Åndelig omsorg i praksis		Hvilen forståelse/oppfatning har helsepersonell

Videre ble neste steg å utvikle en søkestrategi. Jeg tok problemstillingen som utgangspunkt og identifiserte relevante søkeord og begreper, og synonymer som kunne tas i bruk. I og med at jeg brukte flere databaser hvor søkespråket er på engelsk, laget jeg en liste over søkeord jeg ønsket å bruke og oversatte de til engelsk og fant synonymer. Jeg sjekket ulike artikler, og så på hvilke søkeord de hadde tatt i bruk. For eksempel kan «Psykiske lidelser» oversettes ganske ulikt som: «Mental illness», «Mental health issues», «Mental health problem», «Mental disorder». For å få en oversikt over hvilke engelske uttrykk som er mest brukt i ulike land, ble det lettere å vite hvilke uttrykk/ord jeg skulle bruke i søkene. Søkeord jeg tok i bruk var blant annet: Åndelighet OR livssyn, psykiatri, Spirit*, Spirituality, «Mental health», psychiatry, nursing role, “Spiritual meaning”, “Mental healthcare”.

Jeg tok i bruk noen boolske operatorer (AND, OR og NOT) som er de vanligste å ta i bruk. Ved bruk av «OR» mellom 2 søkeord, får en treff som inneholder enten det første søkeordet, det andre, eller begge søkeordene, og man utvider søket. Om man tar i bruk «NOT» mellom 2 søkeord, får man treff på det ene søkeordet, men utelukker det andre søkeordet. Jeg valgte å ikke ta i bruk «NOT», for å unngå å utelukke flere treff. Ved bruk av «AND» mellom 2 søkeord, får treff på artikler som tar i bruk søkeord 1 og 2. Den sistnevnte boolske operatoren tok jeg mest i bruk når jeg hadde problemstillingen klar. Resultatet av dette var at jeg fikk

senket antall treff, og fikk mer spesifikke artikler som var relevant for min problemstilling. (Thidemann, 2019, s. 87).

Når jeg søkte på sammensatte søkeuttrykk, satte jeg parentes rundt søkeordene som hørte sammen. Dette kommer tydelig frem i tabellen for strukturerte søk. *Trunkering* ble også tatt i bruk i litteratursøkingen. Man korter da ned ordet til «stammen». Ved dette hjelpemidlet øker antall treff, og man bør derfor være varsom for å unngå å få mange treff som er uaktuelle. (Thidemann, 2019, s.87-88).

Neste steg var selve litteratursøket i databasene. Jeg startet tidlig i prosessen med å søke og innhente relevante artikler. Dette for å få økt kunnskap om emnet, og for å danne et inntrykk av sentrale temaer og for hjelp til å danne den best mulige problemstillingen. Selv om jeg startet tidlig med å søke, tok det sin tid før jeg fant og bestemte meg for de aktuelle 5 artiklene som jeg sitter igjen med nå.

Jeg startet med å gjøre generelle søk, som vide og som gav mange treff. I søketabellen nedenfor kan vi se at f.eks. «Mental health» gir et treff på 74,659. Søkeord fra artikler jeg hadde notert meg i prosessen ble tatt frem, og ble brukt som inspirasjon til å formulere gode og presise søkeord, og kombinasjoner. Etter dette ble antall treff mindre, og jeg fant flere relevante artikler. Flere av artiklene kom opp i de ulike databasene. De systematiske orienteringene tok sted i ulike databaser, som f.eks. «Chinal», «Svemed», «Idunn», «Psycinfo», «PubMed», «Oria» og «Medline».

Videre vurderte jeg kvaliteten på de utvalgte artiklene, og tok utgangspunkt i Thidemann (2019, s.95) sin litteraturmatrise, tabell 11, som tar for seg: *Forfatter(e), Publiserings år, tidsskrift, land, type studie, hensikt, metode, utvalg/populasjon, hovedfunn/resultater, kvalitetsvurderinger og etiske overveielser*. Jeg laget matriser for alle mine aktuelle artikler som totalt ble på 7 stykker. Her fikk jeg dannet en god oversikt over artiklene og innholdet, og valgte deretter de 5 artiklene som er med å besvare problemstillingen mest.

Slutten av prosessen omhandler analyse og tolkning av resultatdelene for de valgte artiklene. Jeg leste artiklene i deler og helhet flere ganger, for å danne meg et grunnlag for helhetsvurdering. Ved bruk av markeringstusjer laget jeg fargekoder for det jeg leste. Det ble da lettere å se og finne hvilke temaer jeg kunne bruke i resultatdelen.

Tabell for strukturerte søk

Artikkel 1: Borge, L. & Mæland, E. (2017). Er det rom for livssynstemaer i dagens psykisk helsearbeid?. *Klinisk Sygepleje*, 31(3), 165-177.

Artikkel 2: Medås, K., Blystad A., & Giske, T. (2017). Åndelighet i psykisk helseomsorg: et sammensatt og vanskelig tema. *Klinisk Sygepleje*, 31(4), 273-286.

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antrall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
22.04.20	Idunn	Åndelighet or livssyn	2010-2020	11	3	2	0
22.04.20	Idunn	Åndelighet or livssyn, psykiatri	2010-2020	2	2	2	2

Artikkel 3: Koslander, T., Rønning, S., Magnusson, S., Wiklund Gustin, L. (2020). A 'near-life experience': lived experiences of spirituality from the perspective of people who have been subject to inpatient psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, April 24, 2020.

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste Artikler	Arikler inkludert
23.04.20	Pubmed	Spirit*	2010-2020	11,052			
23.04.20	Pubmed	(Mental health) AND (psychiatry)	2010-2020	74,659			
23.04.20	Pubmed	((Spirituality) AND (Mental health)) AND (psychiatry)	2010-2020	490	6	2	0
23.04.20	Pubmed	((((Spirituality) AND (Mental health)) AND (psychiatry)) AND (patient))	2010-2020	209	4	2	0
23.04.20	Pubmed	((((Spirituality) AND (Mental health)) AND (psychiatry)) AND (patient perspective))	2010-2020	23	2	2	1

Artikkel 4: Elliott, R., Wattis, J., Chirema, K., & Brooks, J. (2020). Mental health nurses' understandings and experiences of providing care for the spiritual needs of service users: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(2), 162-171

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgreninger	Antall treff	Leste Abstract	Leste Artikler	Artikler inkludert
28.04.20	Pubmed	Spirituality	2010-2020	6227			
28.04.20	Pubmed	Mental health	2010-2020	210,148	0	0	0
28.04.20	Pubmed	(Spirituality) AND (Mental health)	2010-2020	1,840	4	2	
28.04.20	Pubmed	((Spirituality) AND (Mental health)) AND (Nursing role)	2010-2020	71	3	3	1

Artikkel 5: Koslander, T., Lindström, U., & Barbosa da Silva, A. (2013). The human being's spiritual experiences in a mental healthcare context; their positive and negative meaning and impact on health--a hermeneutic approach. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 560-568.

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
20.04.20	Oria	Spirituality	Artikler, 2010-2020, Fagfelleverderte	102,179			
20.04.20	Oria	“Mental health”	Artikler, 2010-2020, Fagfelleverderte	902,755			
20.04.20	Oria	Spirituality and «Mental health»	Artikler, 2010-2020, Fagfelleverderte	20 157	5	4	0
20.04.20	Oria	Spirituality and “Mental health” and “spiritual meaning”	Artikler, 2010-2020, Fagfelleverderte	320	4	1	0
20.04.20	Oria	Spirituality and “Mental health” and “Spiritual meaning” and “Mental healthcare”	Artikler, 2010-2020, Fagfelleverderte	6	2	2	1

Resultater

Under resultatdelen fremstilles resultatene fra de 5 utvalgte artiklene, ved bruk av litteraturmatrise. Temaene som ble identifisert i analysen blir fremstilt i en tabell. Deretter blir funnene sammenfattet til et samlet resultat, som er resultatet for denne litteraturstudien.

Litteratormatrise

Artikkel 1: Er det rom for livssynstemaer i dagens psykiske helsearbeid?

Forfatter(e), Publiseringsår, tidsskrift, land	Borge, L. & Mæland, E. (2017). <i>Klinisk Sygepleje</i> , 31(3), 165-177. Norge
Type studie og metode	Studien har et utforskende, beskrivende, kvalitativ design, dataen ble samlet inn av to fokusgruppeintervjuer. Intervjuene var semistrukturerte, og det var utarbeidet en intervjuguide på bakgrunn av forskningsspørsmålene, men oppfølgingsspørsmålene ble fulgt opp eksplorativt.
Hensikten med studien	Hensikten med studien var å lære av psykisk helsepersonell sine erfaringer med åndelighet i møte med pasienter.
Utvalg/populasjon	Informantene var studenter ved tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid ved VID vitenskapelige høyskole. Rekrutteringen skjedde ved å invitere aktuelle studenter. Deltakerne var 7 kvinner, derav 6 sykepleiere og 1 barnevernspedagog. Gjennomsnittsalderen var 45 år. Til sammen hadde deltakerne 18 års praksisgjennomsnitt etter endt bachelor
Hovedfunn/resultater	Studien avdekker 5 nøkkeltemaer: 1. Å snakke om livssyn er ikke legitimt: Deltakerne var opplært til at religion og politikk ikke skulle snakkes om. 2. Livssyn, å ha mange navn på det uenevnelige: Livssyn ble primært oppfattet som religiøse og åndelige verdier, tro og tilhørighet, men også eksistensielle temaer som seksuell legning, mening og å ha verdi. 3. Å møte den andre der hvor den andre er: Ha respekt for pasienten og det en står for, det kulturelle og å forstå pasientens opplevelse av meningen med den psykiske lidelsen. 4. Balansegang mellom å være privat og personlig i profesjonsrollen: Deltakerne reflekterte over egen rolle og erkjente usikkerhet, og den manglende legitimiteten livssynsspørsmål hadde i deres praksis. Dette utfordret den personlige siden i profesjonsrollen. 5. Kunnskap og refleksjon skaper trygghet og mot i livssynsspørsmål: Deltakerne uttrykker behov for teoretisk kunnskap om livssyn og refleksjon over eget livssynsmessig ståsted sammen med kollegaer. Slik en kan helsepersonell få et større handlingsrepertoar i møte med brukerens livssynsspørsmål.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Bruken av fokusgruppe kan åpne opp for en bred og åpen diskusjon, som kan føre til bred og åpen diskusjon som kan føre til flere assosiasjoner, oppfatninger og nyanser. Som kan bidra til et rikere data en ved individuelle intervjuer Det ble søkt etter felles og ulike erfaringer Studien er norsk, og er relevant for problemstillingen min og kan overføres til praksis i Norge. Svakheter: Deltakerne var studenter ved videreutdanning i psykisk helsearbeid, som kan ha medført at de var spesielt opptatt av verdispørsmål i sin praksis.
Redegjort for etiske overveielser	Studien er av NSD, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og anses til å være av ikke-personsesitiv art.
Relevans	Studien beskriver helsepersonells forståelse rundt åndelighet i psykisk helsearbeid, og er med og besvarer på problemstillingen.

Artikkel 2: Åndelighet i psykisk helseomsorg: et sammensatt og vanskelig tema.

Forfatter(e), Publiseringsår, tidsskrift, land	Medås, K., Blystad A., & Giske, T. (2017). <i>Klinisk Sygepleje</i> , 31(4), 273-286. Norge
Type studie og metode	Studien har et kvalitativt og har et forskningsdesign.
Hensikten med studien	Få innsikt i sykepleiere sitt syn på åndelighet og deres erfaringer med åndelig omsorg for pasienter med psykiske problemer
Utvalg/populasjon	Avdelingsleder ved psykoseavsnitt i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten på veskysten av Norge godkjente deltakelsen. Kravene for å kunne stille var at de skulle ha sykepleierfaglig arbeidserfaring fra psykisk helsearbeid, må minimum 2 år (75-100% stilling). Avdelingslederen formidlet informasjon om studiens formål og hensikt til ti aktuelle kandidater, 7 stykk takket ja. 6 kvinnelige og 1 mannlig informant mellom 30-60 år ble rekruttert.
Hovedfunn/resultater	Studien indikerer en tvil og usikkerhet om hvordan åndelig omsorg skal utøves, og hvilket ansvar sykepleiere har for ivaretagelse av åndelige behov. Informantene manglet ofte språk for å beskrive egne tanker og erfaringer rundt åndelige temaer. De opplevde personlig og faglig tilbakeholdenhet og utilstrekkelighet når det kom til ivaretagelse av åndelige behov hos psykisk syke pasienter. Informantene formidlet at åndelighet og åndelig omsorg i begrenset grad er temaer i det faglige fellesskapet, og at det er i stor grad opp til den enkelte på hvilken måte og i hvilken grad pasienters åndelige behov møtes og ivaretas. Funnene viser at problematikken forsterkes av utilstrekkelig fagkompetanse, manglende retningslinjer og åpenhet knyttet til åndelighet og åndelig omsorg, samt at den enkelte har negative holdninger til åndelighet i psykiatri. Fortetterne kom frem til 2 hovedtemaer som gjør åndelighet og åndelig omsorg utfordrende: <ol style="list-style-type: none"> 1. Åndelighet: Vanskelig å gripe inn 2. Åndelighet: Et ikke-tema i psykiatrien
Kvalitetsvurdering	Styrke: Medforfattergruppen har ulike erfaringer fra psykisk helseomsorg og ulike ståsted til religiøsitet og spiritualitet. Dette beriker diskusjon og refleksjoner i forskningsprosessen. Forskningen er norsk og overførbart. Forskningen viser at temaet mitt er relevant i dagens helsearbeid, og trenges å belyses.
Redegjort for etiske overveielser	Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Deltakerne fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien fra sin avdelingsleder. De fikk også informasjon om etiske retningslinjer angående forskningen, og om studiets overordnede formål.
Relevans	Studien tar beskriver hvilken forståelse og opplevelse helsepersonell i psykisk helseomsorg har rundt åndelighet og åndelig omsorg. Artikkelen er med å besvarer problemstillingen min.

Artikkel 3: A «near-life experience»: lived experiences of spirituality from the perspective of people who have been subject to inpatient psychiatric care

Forfatter(e), Publiseringsår, tidsskrift, land	Koslander, T., Rönning, S., Magnusson, S., Wiklund Gustin, L. (2020). <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> . Sveits, Sverige, og Norge.
Type studie og metode	Kvalitativ studie, fenomenologisk hermeneutisk tilnærming.
Hensikten med studien	Beskrive opplevelse av åndelighet fra perspektivet av mennesker som har vært i psykiatrisk behandling, og tolke disse erfaringene.
Utvalg/populasjon	11 deltakere ble rekruttert fra 2 organisasjoner for mennesker med psykiske problemer: 5 kvinner og 6 menn mellom 18-65 deltok. Deltakerne hadde en eller flere erfaringer med å være innlagt i psykiatri.
Hovedfunn/resultater	<p>1. Å se tilstedeværelsen av noe ekstramundan.: Åndelig og eksistensielle opplevelser blir beskrevet som en bevissthet av noe som er utenfor seg selv, noe flott og ubeskrivelig som observerer alt. Opplever livet som forhåndsbestemt. Motta veiledning. Blir plaget av en mørk styrke. Koblet til menneskeheten.</p> <p>2. Få en forståelse av virkeligheten: Gi mening og orientering. Spørsmål om Guds vilje. Finne trøst i ens opplevelser. Motta styrke og støtte.</p> <p>3. Streve etter godkjennelse/ Sliter med å aksept: Å være redd for å snakke om åndelige og eksistensielle opplevelser. Ikke bli tatt på alvor. Ikke høre hjemme noe sted. Ønske om å bli verdsatt av andre.</p>
Kvalitetsvurdering	Styrke: Studien er gjort av skandinaviske forfattere og en sveitser, som gjør den overførbar til norsk praksis.
Redegjort for etiske overveielser	Godkjent fra regionalt etisk styre.
Relevans	Studien beskriver fra pasientens perspektiv, om hvordan helsepersonell forholder seg til åndelighet. Dette gir en større bredde på funn og man kan se om pasientenes oppfatning er lik eller ulik helsepersonellens.

Artikkel 4: Mental health nurses' understandings and experiences of providing care for the spiritual needs of service users

Forfatter(e), Publiseringsår, tidsskrift, land	Elliott, R., Wattis, J., Chirema, K., & Brooks, J. (2020). <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 27(2), 162-171. Storbritannia.
Type studie og metode	Kvalitativ studie, med semi-strukturerte intervjuer, med en deltaker om gangen. Den kvalitative dataen ble tematisk analysert.
Hensikten med studien	Målet med studien var å utforske hvordan psykiatriske sykepleiere forstår og tar vare på de åndelige behovene til pasientene. Med fokus på personlig forståelse og subjektiv individuell erfaring.
Utvalg/populasjon	17 psykiatriske sykepleiere som jobber med pasienter med psykiske lidelser, ble rekruttert fra en NHS stiftelse i Nord-England. Gjennomsnittalderen var 30 år. Inklusjonskriterier spesifiserte at deltakerne skulle være kvalifiserte sykepleiere og hadde kontakt med pasienter. 22 personer svarte på forespørselen. En kunne ikke delta pga. Inklusjonskriteriene, og fire kunne ikke delta grunnet begrenset tid og tilgjengelighet eller at de ikke ønsket å delta i forskningsintervjuene.
Hovedfunn/resultater	Fire hovedfunn ble funnet: <ol style="list-style-type: none"> 1. Å uttrykke personlige perspektiver av åndelighet 2. Å uttrykke perspektiver av spiritualitet som sykepleier 3. Omsorg og åndelighet 4. Gjennomtrengende angst (integrerende) Disse fire temaene fremhever sammensatte forståelser om åndelighet, og trekker oppmerksomhet mot bekymringen til psykiatriske sykepleiere sin usikkerhet i hvordan de skal forholde seg til åndelighet.
Kvalitetsvurdering	Styrker Studien er opptatt av hva som er sant for deltakerne, og utføre en konstruktivistisk epistemologi. Deltakerne ble oppfordret til å snakke åpent og i detalj om sine egne synspunkter, erfaringer og bekymringer. Den første forfatteren er utdannet psykiatrisk sykepleier og har 20års erfaring i ulike psykiske helsetjenester. I møte med ulike pasienter, uttrykte de at de hadde åndelige behov, som trengte å bli møtt. Hennes erfaring var at vis en pasient uttrykte et åndelig behov, ble det ofte sett på som et symptom på den mentale helsen til pasienten. Dette styrker problemstillingen min, og relevansen av litteraturstudiet mitt. Den første forfatteren avslørte ikke noe om hennes egen tro og livssyn, for å fremme en åpen diskusjon.
Redegjort for etiske overveielser	Etisk godkjenning for studien ble mottatt fra den aktuelle lokale nasjonale forskningsetiske komiteer NHS. Alle deltakerne gav skriftlig samtykke før intervjuene begynte.
Relevans	Studien beskriver helsepersonells forståelse av åndelig omsorg, og hvordan de tar vare på de åndelige behovene til pasientene. Studien er med på å besvare problemstillingen.

Artikkel 5: The human being's spiritual experiences in a mental healthcare context; their positive and negative meaning and impact on health--a hermeneutic approach

Forfatter(e), Publiseringsår, tidsskrift, land	Koslander, T., Lindström, U., & Barbosa da Silva, A. (2013). <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 27(3), 560-568. Sverige, Finland og Norge.
Type studie og metode	Kvalitativ design, studien har en hermeneutisk tilnærming
Hensikten med studien	Målet med studien er å beskrive ulike betydninger av pasienters åndelige opplevelser og dens innvirkning på pasientens helse innenfor psykisk helsevern. For å gi tjenesteytere kunnskap om psykisk syke pasienters åndelighet og dens innvirkning på deres helse, og hvordan de bør møte behovene til pasientene.
Utvalg/populasjon	Kildene er 32 historier av menn og kvinner, som er valgt ut fra William James bok (1956) <i>The Variations of Religious Experience</i> . Fortellingene ble valgt ut pga. De uttrykte religiøse og åndelige opplevelser som er ganske like de noen pasienter i psykisk helsevern har i dag. Forfatterene valgte strategisk ut historiene med tanke på de ulike kulturelle bakgrunnene, som: troende, ikke-troende, eller ulike åndelige overbevisninger. Dette for å oppnå en stor variasjon av opplevelser, og dens betydning.
Hovedfunn/resultater	Resultatene er delt inn i 3 hovedtemaer: 1. Den positive betydningen av åndelighet 2. De negative betydningene av åndelighet 3. Negative og positiv betydning av åndelighet
Kvalitetsvurdering	Styrke: Studien er gjort av forfattere fra Norden, som gjør studien overførbart til Norge. Flere andre studier støtter resultatet ved den hermeneutiske forståelsen av fortellingene. Det er nasjonale og internasjonale retningslinjer for helseteknisk design, som støtter hensynet til pasientens åndelighet. Dette gjør temaet for studien til et relevant forskningsfag. Forfatteren arbeidet tett for å sikre en nøytral tolkning, å for å forsøke å tolke historiene riktig.
Redegjort for etiske overveielser	Ingen etisk godkjenning blir nevnt i artikkelen.
Relevans	Studien beskriver hvilken betydning åndelige opplevelser har for pasienter i psykisk helsevern. Den gir kunnskap til helsepersonell som en kan ta med seg i praksis. Studien er med å gir en dybdeforståelse innenfor åndelighet, og er med å besvare på problemstillingen.

Tematabell

I tabellen vises temaene som gikk igjen i artiklene som kom frem i analysen.

Tema	Kategorier
Behov for kunnskap	<ul style="list-style-type: none">• Åndelig omsorg og avklaring• Balansen mellom profesjonell og privat
Åndelighet og tabu	<ul style="list-style-type: none">• Hva hindrer den åndelige omsorgen?

Sammenfatning av funn

Tema 1: Behov for kunnskap

En gjennomgående utfordring for deltakerne i artiklene var å sette ord på det åndelige, deres rolle i åndelig omsorg, frykt for å misforstå åndelige behov som et tegn på psykisk sykdom, samt høy etterspørsel av kunnskap om åndelighet.

Da deltakerne i Borge & Mæland (2017) reflekterte over sin praksis og rolle, og ga uttrykk for usikkerhet rundt temaet livssyn og at dette ikke fikk så stor plass i praksisen deres.

Usikkerheten skyldtes mangel på kunnskap og deltakerne ønsket mer teoretisk kunnskap om ulike kulturer og livssyn, slik at de kunne møte brukere som hadde åndelige behov på best mulig måte. Noen deltakere opplevde at pasienter lot være å ta opp temaer rundt det åndelige, som førte til at de enkelte ganger hadde utfordret seg selv til å møte pasientens åndelige behov. Dette gjorde de ved å la pasienten få ordet, uavhengig av hvilket livssyn tjenesteyteren selv hadde: «Vi må lytte og være undrende og anerkjenne det de sier» (s. 171). Deltakernes forståelse av åndelighet utfordret balansen mellom det private og det profesjonelle, da de var opplært til å ha profesjonsnøytralitet.

I Medås et al. (2017) ble ivaretagelse av åndelige omsorg sett på som en viktig del av deltakernes relasjonsmessige og faglige omsorgsansvar, men en forutsetning til å få til dette var relasjon og tillit. De understreker at dette var utfordrende å få til om pasientens virkelighetsforståelse var preget av vrangforestillinger grunnet den psykiske lidelsen.

Det kommer også frem at åndelig omsorg i psykisk helseomsorg oppleves som krevende for helsepersonellet, grunnet usikkerhet om hvordan det skal utøves, og de var redd for å skape mer kaos og forvirring for pasienten. Det oppleves som utfordrende å balansere mellom å være profesjonell og personlig, og det var usikkerhet om hvilket ansvar den enkelte har for å

ivareta det åndelige behovet hos pasienter. Usikkerheten forsterkes av utilstrekkelig fagkompetanse, og manglende avklaring og retningslinjer av åndelige behov.

Sykepleierne som ble intervjuet i Elliott et al. (2019), anerkjente viktigheten av å ivareta det åndelige behovet og at det var en del av den helhetlige omsorgen. Men samtidig syntes de det var vanskelig å skille åndelige erfaringer og opplevelser fra symptomer på mental psykisk helse. De ønsket mer kunnskap om ulike religioner, og ulike måter mennesker kan uttrykke og oppleve åndelighet for å unngå misforståelser. Flere sykepleiere opplevde at de ikke fikk tilstrekkelig med kunnskap om åndelighet gjennom bachelorgraden. «Er vi opplært til å tenke rundt og se på mennesker fra et åndelig synspunkt? Jeg tror vi har blitt flinkere til det, men det mangler definitivt åndelighet».

I Koslander et al. (2020), forteller tidligere pasienter om behovet de har for å snakke med tjenesteytere om de åndelige dimensjonene når de er i en psykisk syk tilstand, da disse opplevelsene øker når de er syke. De åndelige opplevelsene kan bidra til opplevelse av mening, håp og sammenheng i livet. Men kan også føre til angst, fortvilelse og håpløshet. Pasientene forteller videre at er redde for å ta opp åndelighet som tema med tjenesteyterne, da de har erfaringer med at fagpersoner i psykisk helsetjeneste oppfatter dette som sykdomssymptomer eller at temaet virker å være uinteressant for dem.

I Koslander et al. (2013), viser forfatterne til viktigheten av at helsepersonell har tilstrekkelig med kunnskap om ulike kulturer, åndelige bevegelser og religioner, slik at de er kompetente til å følge pasientene gjennom deres «åndelige reise».

Tema 2: Åndelighet og tabu

Selv om det er mer anerkjennelse for åndelighet i det psykiske helsefeltet, viser studiene til at åndelige spørsmål fortsatt blir sett på som tabu enkelte plasser, og holdninger til enkelte tjenesteytere kan oppleves som problematisk:

I artikkelen til Borge & Mæland (2017), forteller deltakerne at de ble opplært gjennom utdanning, praksis og yrkesliv til at de ikke skulle prate om åndelighet i dialog med brukerne. Erfaringene deres tilsa også at dokumentasjonen av åndelighet og livssyn ofte ikke ble besvart, og begrunnet med at det oftest ikke ble spurt om, eller at de ikke visste.

Helsepersonellet beskriver at de er usikre på hvordan de skal møte spørsmål knyttet til åndelighet i praksis, og forteller at temaet får liten plass og blir lite diskutert. Enkelte sa at de vegret seg for å snakke om åndelighet med kollegaer grunnet negative holdninger blant kollegaer. En sa: «Selv om jeg noen ganger kan kjenne at jeg er uenig, så koster det litt å utfordre de holdningene som er etablert. Det er litt skummelt» (s.169.). Og forteller videre «Jeg tror ofte at hvis du ikke får luftet dette med noen, så blir det tabu, skyld og skam, slik at det kan forsterke følelsen av identitetsoppløsning» (s. 171) Enkelte forteller også at de prater mer om religiøse erfaringer og livssynsspørsmål med brukerne enn de gjør med kollegaene sine, men de ønsket samtidig mer oppmerksomhet om åndelighet i praksis, og spesielt i tverrfaglig samarbeid.

I Medås et al. (2017) finner vi tilsvarende funn. Informantene forteller at åndelig omsorg og åndelighet får liten oppmerksomhet i det faglige fellesskapet og at det er negative holdninger til åndelighet innenfor psykisk helseomsorg. Noen hevdet at innenfor det psykiatriske fagfeltet beskyldes kristen tro å føre folk til psykisk sykdom og forteller at det er en uskreven lov om at åndelige temaer ikke skal snakkes om. Det er opp til den enkelte tjenesteyteren hvilken grad pasienten får det åndelige behovet møtt og ivaretatt. De gav uttrykk for at disse holdningene kan føre til at åndelige behov blir ivaretatt, men ikke dokumentert, for å unngå konflikter med kollegaer. De forteller det er mangel på tid, kunnskap og ressurser. Grunnet liten åpenhet for åndelighet i personalet, fører dette til at tjenesteyterne holder tilbake når det kommer til åndelig omsorg.

I Elliott et al. (2019), forteller deltakerne at de var forsiktige med å diskutere åndelighet. De opplevde frykt for å bli dømt eller latterliggjort av kollegaer om de fortalte om sine private tanker og følelser rundt åndelighet.

I Koslander et al. (2020), forteller tidligere pasienter om frykten de har for at helsepersonell skulle ignorere eller se dem som mer psykisk syk dersom de snakket om åndelighet. Dette førte til at de ikke ønsket å søke hjelp. De hadde erfaringer med å bli vurdert som psykotiske og ikke bli tatt på alvor når de snakket om sin åndelighet med tjenesteyterne.

Diskusjon

I diskusjonskapitlet, diskuterer jeg hovedfunnene mine i lys av teori og hvordan funnene er med på å svare på problemstillingen: *Hvilken forståelse og oppfatning har helsepersonell av åndelighet og åndelig omsorg for sine voksne pasienter som uttrykker et åndelig behov, i den psykiske helsetjenesten?*

Behov for kunnskap

Personer med psykiske lidelser opplever ofte å komme i kontakt med eksistensielle og åndelige temaer. Den psykiske lidelsen kan skape forvirring og man kan oppleve lengsel etter å se sammenhenger og mening, og dette kan forsterke behovet etter åndelighet.

Helsepersonell som bistår mennesker med psykiske lidelser vil komme til å se ulike tro, livssyn og interesse for åndelige spørsmål. Det er viktig for den profesjonelle å møte pasienten med respekt og forståelse (Borge, 2012, s.127). Vi vet at en konsekvens ved sekulariseringen i samfunnet har ført til mangel på kunnskap om hva ulike livssyn innebærer. Åndelighet har blitt sett på i mange år som en privatsak, og det har blitt undervist lite om temaet i undervisning (Hognestad, 2012, s.48). Dette vises igjen ved funnene i artiklene. Fellestrekk i Borge & Mæland (2017), Medås et al. (2017) og Elliot et al. (2019) sine studier er at de ser på åndelighet og åndelig omsorg som et viktig tema å forholde seg til, men er usikre på hvordan de skal utføre det i praksis, og spesielt om pasientene lider av vrangforestillinger grunnet deres psykiske lidelse. De uttrykker at det var vanskelig å skille de åndelige erfaringene pasientene hadde fra symptom på psykisk lidelse og de etterspurte mer kunnskap om ulike kulturer og livssyn. Schmidt påpeker at helsepersonell må møte mennesker der de er i livet. Det kan ikke forventes at de skal være eksperter på alle alternative retninger, men det må forventes at de tar pasientens åndelige spørsmål på alvor (Schmidt, 2014, s. 19).

Når man ikke har kunnskapen om hvordan åndelige uttrykk kan se ut eller ikke vet hva åndelige behov er, blir det vanskelig å skille det fra symptomer på psykiske lidelser. Det er lettere å peke på psykisk, sosiale og fysiske behov og åndelige behov kan være vanskeligere å skille ut (Schmidt, 2014, s.38). Deltakerne i Medås et al. (2017) synes det var utfordrende å formulere og sette ord på erfaringer og tanker rundt åndelige temaer, og sier det var en krevende og uvant tematikk. Om man ikke er sikker på hva åndelighet handler om, kan det være vanskelig å vite hva man skal spørre pasienten om og se hvilke behov han/hun har. Ved

manglende kunnskap, kan det føre til at pasienter må innta mer medikament enn hva de hadde trengt, de ser uttrykkelse av åndelighet som et symptom på psykisk syk tilstand.

Å fremme kunnskap og få kunnskapsutvikling kan skje ved å diskutere med kollegaer om hva åndelighet omhandler som en del av et helhetlig syn på mennesket. For å oppnå dette kreves det åpenhet i kollegagruppen. Leenderts (2014, s.52) påpeker at for å være i utvikling som fagperson, kreves det å ha samtaler som tar opp menneskesyn og verdier.

I Kosleander et al.(2020) forteller pasienter at de har behov for å snakke med sine tjenesteytere om de åndelige dimensjonene, da disse opplevelsene øker når de er psykisk syke. Men de vegret seg for å ta opp temaet med tjenesteyterne, da de har erfaringer med at helsepersonellet oppfatter det som et symptom på psykiske lidelser, eller at temaet er uinteressant for dem. Når helsepersonellet ikke klarer å møte det åndelige behovet til brukeren, kan det oppleves som avisning, ikke bli akseptert og det kan skape tvil hos pasienten. Pasienter ønsker å bli forstått og sett som unike individer. Dette krever også at helsepersonellet benytter seg av et fenomenologisk ståsted og ikke ensidig medisinsk modell hvor åndelighet ikke har innpass (Borge 2012, s.132).

Åndelig omsorg og avklaring

I Vetvik sin spørreundersøkelse, som ble vist til i innledningen, viser resultatet at tjenesteytere har mangel på kunnskap, ulik forståelse av hva åndelighet er, og mangel på faglig avklaring. (Vetvik 2016, s.63) I Medås et al.(2017) sin studie ble ivaretagelse av åndelig omsorg sett på som helsepersonellens ansvar. Dette stemmer med hva litteraturen sier om hva som er deres ansvar. Helsepersonell skal ha et helhetssyn på hvert enkelt menneske, og det innebærer å ta åndelige og eksistensielle behov på alvor (Danbolt og Nordhelle, 2012, s. 37).

Opptrappingsplanen belyser også at brukerens behov skal være sentral og utgangspunktet for behandlingen. Noen savnet derimot en avklaring om hva åndelige behov var. Når pasienten blir innlagt bør livssynsspørsmål bli spurt om, og hvilken betydning dette har for den enkelte pasient skal legges til grunn for behandlingen pasienten skal få. I rammeplanen for helse- og sosialarbeiderutdanningene kommer det tydelig frem at brukerens behov, interesser og situasjon skal ligge til grunn for det videre arbeidet. Dette for å ivareta brukerperspektivet. (Nordlund et al., 2015 s.18). Om man etterspør om pasientens kultur, historie og tradisjon innenfor de eksistensielle spørsmålene, kan man benytte seg av en narrativ tilnærming. Da kan pasienten oppleve at det er lov å ta opp slike temaer og det kan styrke identiteten.

Gjennom dialogen vil også tjenesteyteren og pasienten få økt forståelse for hverandre, og man kan få mer kunnskap om hva det åndelige betyr for den andre (Borge, 2012, s.132). Og man får vite hva pasienten har behov for i omsorgen.

Balansen mellom profesjonell og privat

Funn i artiklene viser til at åndelighet utfordret balansen mellom å være privat og profesjonell, da helsepersonellet uttaler at de var opplært til profesjonsnøytralitet (Borge & Mæland 2017). Borge (Borge, 2012, s.132) presiserer at det er viktig at helsepersonell har evne til å være personlig uten å bli utleverende og privat. Det kreves personlig og faglig skjønn for å få til dette. Men man kan ikke utelukke temaet åndelighet for å beskytte seg selv og sin usikkerhet, da det strider mot opptrappingsplanen som man jobber etter i psykiatrien. En annen faktor som kan gi utfordringer for helsepersonell, er om en ikke har et avklart personlig forhold til åndelighet. Nordhelle (Nordhelle, 2012, s.89-90) presiserer at om man ikke har et avklart forhold til åndelige eksistenser, kan dette hindre tjenesteyteren til å møte pasienten med åpenhet når det kommer til spørsmål rundt åndelighet. Om tjenesteyteren ikke er åpen for annerledes tenkning, vil det lukke dører for samtaler om åndelighet. Men derimot om tjenesteyteren har et verdisyn som bygges på reflekterte og gjennomgripende erfaringer og erkjenninger har personen mulighet til å møte pasienten med åpenhet for det åndelige, og med toleranse som ikke er truende for ens egen åndelighet.

Åndelighet og tabu

I funnene fra artiklene kommer det frem at helsepersonellet opplever at psykisk helsevern har en negativ holdning til åndelige temaer, inkludert ansatte. I og med at det ikke blir snakket om åndelige temaer mellom kollegaer, får de ikke mulighet til å evaluere situasjoner de opplever, reflektert eller lære av hverandre. Noen velger å ikke dokumentere rundt det åndelige for å unngå konflikter. Helsepersonellet forteller også at de ikke diskuterer åndelighet med kollegaer, og begrunner dette med at de er redd for å bli dømt eller latterliggjort av kollegaene sine (Elliot et al., 2019). Det kan hende at institusjonen har en nøytral tilnærming, men å være helsepersonell på en arbeidsplass hvor en går i frykt for å ta opp åndelige temaer kan også tyde på at pasientene heller ikke tør å ta opp tema på grunn av redsel for å bli dømt. Det viser også til mangelfull kunnskap om hva lovverket sier om hvordan en person med psykiske lidelser skal bli møtt, og hvilken forståelse helsepersonell burde ha.

Som vi ser fra funnene fra artiklene og litteraturen, er åndelighet et vanskelig og sammensatt tema som kan være vanskelig å utøve når det er tabubelagt i arbeidsmiljøet. Når det er en kultur for å ikke prate om åndelighet blir det mer tabubelagt enn hva det trenger å være. Helsepersonellet som ble intervjuet ønsker at temaet skal få mer plass i det psykiske helsevesenet, men da må kulturen for synet på åndelighet endres. Når temaet er tabubelagt blir det ikke rom for å diskutere, evaluere og lære av hverandre om åndelighet, eller å gi pasienten rom til å snakke fritt om det som har betydning for en. I Koslander et al. (2020), forteller tidligere pasienter om frykten de har for at helsepersonell skulle ignorere eller se dem som mer psykisk syk dersom de snakket om åndelighet. Dette førte til at de ikke ønsket å søke hjelp. De hadde erfaringer med å bli vurdert som psykotiske og ikke bli tatt på alvor når de snakket om sin åndelighet med tjenesteyterne. Om helsepersonellet ikke godtar den åndelige erfaringen til pasienten, kan han/hun føle at det er feil med henne. Verst tenkelig er at pasienten kan oppleve traumer grunnet avvisningen fra helsepersonellet av noe som er så betydelig for en selv (Hognestad, 2012, s.48).

Hva hindrer den åndelige omsorgen?

Vi vet at mennesker med psykiske lidelser har en form for krise, og har ubesvarte spørsmål de ønsker å få svar på, har behov for å snakke om følelsene de sitter med. Når pasienter tar opp åndelige temaer, kan de ikke skyves bort. Pasientene ønsker å prate om åndelighet, men når personalet ikke ønsker å forholde seg til det tabubelagte temaet, stenges det bort. Om helsepersonell ikke anerkjenner og gir rom for den åndelige siden til pasienten, kan personen oppleve at det er noe feil med seg selv, og det medvirker til at temaet blir mer tabubelagt. Og i verste fall ønsker ikke personen å oppsøke hjelp hos de profesjonelle og kan ta til alternative metoder (Hognestad, 2012, s.48). Om pasientene ikke kan ta opp livsviktige tema, som åndelighet, kan det kanskje forverre tilstanden til pasienten med psykiske lidelser.

En grunn til at helsepersonellet har en negativ holdning til åndelighet kan være grunnet for lite kunnskap, det utfordrer deres private holdninger, og de ser kanskje ikke betydningen av åndelighet. Schmidt forteller at når man som tjenesteyter møter en pasient som har et annet livssyn og bakgrunn en oss selv, blir verdiene og holdningene våre utfordret. Dette kan oppleves som en usikkerhet og en kan få en følelse av å ikke strekke til (s.17-18). Åndelig omsorg handler om å se bak symptomer og diagnoser (Tveit, 2012, s. 159).

Om usikkerheten rundt åndelighet blir for stor, en ser på det som en privatsak, og har mangel på kunnskap kan frykten føre til at man unngår temaet for man ikke vet hvordan man skal

forholde seg til det. Mangel på kunnskap kan føre til fordommer. Åndelighet kan være et tulle-tema og bli sett på som privat, grunnet det er vanskelig å håndtere. Schmidt forteller at indre og ytre barrierer kan hindre at åndelig omsorg blir utøvd. Det hun skriver går igjen med hva deltakerne i de utvalgte artiklene sier om hva som er utfordrende. De indre barrierene baserer på frykt og fordommer. De ytre barrierene omhandler organisasjon og ledelse. De økonomiske utfordringene kan føre til tidspress. I Elliot et al. (2019) beskriver helsepersonellet at de føler seg presset til å ta i bruk pragmatisk tilnærming grunnet mangel på tid, og dette fører til at de ikke får gi den åndelige omsorgen som pasienten trenger. Helsetjenesten effektiviseres og pasienter får enkelte ganger kortere opphold, som fører til at det blir vanskeligere å få en tillitsfull relasjon. Helsepersonell kan også se på det åndelige som ikke relevant for ens egen praksis, og at dette tilhører presten sine arbeidsoppgaver. (Schmidt 2014, s. 52-53).

I Borge & Mæland (2017) sin studie kommer det frem at dokumentasjon av åndelige temaer ikke er tilstrekkelig. Dette kan vise til at det er få ansatte som tar opp temaet med pasientene. Ved å holde temaet skjult og ikke dokumentere vil temaet fortsatt forbli tabubelagt. Som helsepersonell har man dokumentasjonsplikt av de nødvendige opplysningene om pasienten og helsehjelpen de får. Men om åndelighet er tabulagt og ikke ansees som viktig, ser kanskje ikke tjenesteyterne vitsen med å dokumentere dette. Om åndelighet hadde fått en tydelig plass i rapport og dokumentasjonssystemet, viser det til at det har verdi og har behov for å bli prioritert, og temaet kan bli satt på dagsorden igjen. Dokumentasjon vil også hjelpe til å ivareta pasientens behov, ved at alle får informasjon og vet hva de skal forholde seg til (Schmidt, 2014, s.85).

Konklusjon

For å svare på problemstillingen *Hvilken forståelse og oppfatning har helsepersonell av åndelighet og åndelig omsorg for sine voksne pasienter som uttrykker et åndelig behov, i den psykiske helsetjenesten?* Virker det ut fra funnene at helsepersonellet ser på åndelighet og åndelig omsorg som en viktig del av sitt arbeid. Men manglende kunnskap og avklaringer hindrer dem å utøve åndelig omsorg i sin arbeidshverdag. Enkelte ser på det som en privatsak, mens andre ønsker å få mer kunnskap for å møte pasientene sine. For å få kunnskap mener jeg det bør integreres mer i utdanningsplanen for vernepleiere og andre profesjoner. Da hver enkel student kan starte å tenke over sitt ståsted i forhold til eksistensielle spørsmål, og danne seg en oppfatning allerede i studietiden. Dette kan bidra til at temaet ikke trenger å være like tabubelagt som det er per. dags dato.

Den manglende kunnskapen om åndelighet og åndelig omsorg går igjen i besvarelsene i artiklene. Det oppleves vanskelig å sette egne ord på hva det er, selv om retningslinjer, lovverk og litteraturen viser til hvor viktig det er for å kunne gi pasientene et helhetlig behandlingstilbud. Det kommer også frem at temaet er tabubelagt, og at åndelighet ble lite inkludert i de faglige samtalene blant kollegaene. Det kan skyldes den store usikkerheten rundt temaet, negative holdninger, det kan utfordre, eller helsepersonell ikke ser ikke betydningen av åndelighet. Helsepersonell i dag blir preget også i sin yrkesutøvelse av den økonomiske styringen. Om åndelighet ikke blir definert i journalsystemer, kan det fort bli glemt i en travelt hverdag og det blir ikke sett på som like viktig av alle. Å ha et system som inkluderer åndelighet, kan være med å ivareta at pasientene får sitt åndelige behov dekket.

Med et tilbakeblikk vises det at det er behov for å gi helsepersonell økt kunnskap om åndelighet og åndelig omsorg, avklaring på arbeidsplassen, og temaet trenger anerkjennelse i felleskapet med kollegaene for å unngå at det blir tabubelagt.

Litteraturliste

Borge, L. (2012) Helhet og sammenheng. I T. Danbolt og G. Nordhelle(Red.) *Åndelighet - Mening og tro*. (1. Utg., s.117-133). Oslo: Gyldendal

Borge, L. & Mæland, E. (2017). Er det rom for livssystemer i dagens psykisk helsearbeid?. *Klinisk Sygepleje*, 31(3), 165-177. Hentet fra: <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2017-03-02>

Elliott, R., Wattis, J., Chirema, K., & Brooks, J. (2020). Mental health nurses' understandings and experiences of providing care for the spiritual needs of service users: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(2), 162-171. Hentet fra: <https://doi.org/10.1111/jpm.12560>

Helse- og omsorgsdepartementet (1997). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998. (St.prp. nr. 63 (1997-98)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/sec1>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Rett til egen tros og livssynutøvelse (I-6/2009) Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/rundskriv/rundskriv-i---6-2009.pdf>

Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistene. Hentet 04.04.20 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>

Hognestad, A. (2012) Møte med religiøse erfaringer og nye gudsbilder i arbeidet med mennesker. I T. Danbolt og G. Nordhelle(Red.) *Åndelighet - Mening og tro*. (1. Utg., s. 47-66). Oslo: Gyldendal

Johannessen, K.I. (2012) Åndelig eksponering i et offentlig perspektiv. I T. Danbolt og G. Nordhelle (Red.) *Åndelighet - Mening og tro*. (1. Utg., s.33-46). Oslo: Gyldendal

Koslander, T., Rønning, S., Magnusson, S., Wiklund Gustin, L. (2020). A 'near-life experience': lived experiences of spirituality from the perspective of people who have been subject to inpatient psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, April 24, 2020.

Koslander, T., Lindström, U., & Barbosa da Silva, A. (2013). The human being's spiritual experiences in a mental healthcare context; their positive and negative meaning and impact on health--a hermeneutic approach. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 560-568.

Leenderts, T.A. (2014) *Person og profesjon – Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg*. Oslo: Gyldendal akademisk

Medås, K., Blystad A., & Giske, T. (2017). Åndelighet i psykisk helseomsorg: et sammensatt og vanskelig tema. *Klinisk Sygepleje*, 31(4), 273-286. Hentet fra:

<https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2017-04-04>

Nordhelle, G. (2012) Den skjulte mening. I T. Danbolt og G. Nordhelle(Red.) *Åndelighet - Mening og tro*. (1. Utg., s.67-90). Oslo: Gyldendal

Pasient- og brukerretighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Røkenes, O.H. & Hanssen, P.H. (2012). *Bære eller bryte* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Skjeggestad, E. (2012) Møte med «den ukjente» og «det ukjente». I T. Danbolt og G. Nordhelle(Red.) *Åndelighet - Mening og tro*. (1. Utg., s.91-102). Oslo: Gyldendal

Stifoss-Hanssen, H. og Kallenberg, K. (1998) *Livssyn og helse – Teoretiske og kliniske perspektiver*. Oslo: Gyldendal

Tveit, B. (2012) Fagidentitet og profesjonelt ansvar. I T. Danbolt og G. Nordhelle(Red.) *Åndelighet - Mening og tro*. (1. Utg., s.156-165). Oslo: Gyldendal

Utdannings- og forskningsdepartementet (2005) *Rammeplan for vernepleieutdanning*. Fastsatt 1. desember 2005. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf

Vetvikt, E. (2016). Religion og livssyn i profesjonelt sosialt arbeid. (VID Rapport 2016/1)
Oslo: VID vitenskapelige høgskole. Hentet fra: <https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/bitstream/handle/11250/2392994/VIDRapport12016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
(Hentet: 01.05.2020)

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- ♣ Innledende vurdering
- ♣ Hva forteller resultatene?
- ♣ Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten? Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.



kunnskapsbasertpraksis.no

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

JA

UKLART

NEI

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

JA

UKLART

NEI

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Til undervisningsbruk. Sist oppdatert april 2018 Side 2 av 6

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

JA

UKLART

NEI

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

JA

UKLART

NEI

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Til undervisningsbruk. Sist oppdatert april 2018 Side 3 av 6

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 1. utforming av problemstilling
 2. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og
valg av setting
 3. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

JA

UKLART

NEI

JA

UKLART

NEI

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Til undervisningsbruk. Sist oppdatert april 2018 Side 4 av 6

7. Er etiske forhold vurdert?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

JA

UKLART

NEI

JA

UKLART

NEI

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Til undervisningsbruk. Sist oppdatert april 2018 Side 5 av 6

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

JA

UKLART

NEI

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

