

Självvård i den mångprofessionella och teambaserade holistiska vården

Magisteravhandling

VÅRDVETENSKAP

Författare: Maria Pettersson

Handledare: HVD, docent, Yvonne Näsman

Åbo Akademi

Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier

Hälsovetenskaper

Enheten för vårdvetenskap, år 2022



Detta verk är licensierat under en [Creative Commons Erkännande 4.0 Internationell Licens](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Författare:

Maria Pettersson

Handledare:

HVD, docent, Yvonne Näsman

Magisteravhandling
VÅRDVETENSKAPSjälvvård i den mångprofessionella och teambaserade
holistiska vården

Sökord:självvård, vård, holistisk vård, ledarskap,
teamledarskap, teambaserad, mångprofessionalitet,
samarbete, innehållsanalys, kvalitativ analys,
begreppsanalys, Sivonen, Northouse

maj 2022

Sidoantal: 80 Bilagor: 2

Denna vårdvetenskapliga studie är ett beställningsarbete som handlar om sjukhussjälvvård i ett regionsjukhus på Finlands västkust med syftet att fokusera på patienten som människa i det mångprofessionella vårdteamet och se på hur ledarskapet kan ta tillvara självvårdens resurser som en del i den mångprofessionella vården. Detta görs för att främja patientens holistiska omvårdnad. Där uppkommer forskningsfrågan: Hur kan ledningen ta tillvara självvårdens resurser bland det mångprofessionella teamet för att främja en holistisk vård?

Studien är en kvalitativ studie med en induktiv ansats där forskningsprocessen utgår från två huvudsakliga delstudier. Den första delen är en begreppsanalys där begreppet *självvård* analyseras med hjälp av Koorts och Rodgers begreppsanalyser. Den andra delen är en kvalitativ innehållsanalys utgående från intervjumaterial. Resultatet från den kvalitativa innehållsanalysen fokuserar på den praktiskt upplevda dimensionen av andlighet och självvård i sjukhuskontext och jämförs främst med Northouse teamledarskapsmodell. Begreppsanalyserna jämförs främst med Sivonens beskrivning av begreppet *andlighet* utgående främst från hennes nionde idéhistoriska kategori om det andliga som ett speciellt behov inom den lidande människan.

I resultatet framkom tre kategorier som alla fokuserade på organisatorisk kommunikation utgående från (1) fokusering *till* människorna inom och utom organisationen, (2) mångprofessionalitet *mellan* personalgrupper och (3) medvetenhet samt förståelse *för* vad man har att förvalta framstod som viktiga delar av kommunikationsprocessen. Organisatorisk kommunikation är en väsentlig del i ledandet och förvaltandet av resurser i det mångprofessionella teamet. Självvården gagnar ledare, vårdare och patienter genom exempelvis personliga samtal och arbetshandledning och främjar den holistiska vården som ser människan som en enhet av kropp, själ och ande. Självvård är en skild del inom det existentiella stödet med fokus på kristen andlighet.

Author:

Maria Pettersson

Supervisor:

PhD, Associate Professor, Yvonne Näsman

Master's Thesis
CARING SCIENCECare of souls in the multi-professional and team-based
holistic care

Keywords:

Care of souls, nursing, holistic care, leadership, team-
leadership, team-based, multi-professional, teamwork,
content analysis, qualitative analysis, concept analysis,
Sivonen, Northouse

May 2022

Pages: 80 Appendix: 2

This study is a part of the caring science tradition and is a commissioned work focusing on soul-care taking place in a regional hospital on the west coast of Finland. The aim is to focus on the patient as a human being in the multi-professional team and to look at how the leadership can take advantage of the resources in soul-care as a part of the multi-professional care. This is part of promoting the holistic care of the patient. The research question that arises is: How can the leaders take advantage of the resources in soul-care among the multi-professional team in order to promote a holistic care?

The study is a qualitative study with an inductive approach where the research process originates from two main parts. The first part was a concept analysis where the concept *care of souls* was analysed according to Koort's and Rodger's concept analysis. The second part was a content analysis based on interview material. The result from the content analysis focuses on the experienced practical dimension of spirituality and care of souls in the hospital setting and is first and foremost compared with Northouse model of team-leadership. The concept analysis is first and foremost compared with Sivonen's description of the concept *spirituality* originating from her 9th ideohistorical category about the spiritual as a special need within the suffering human.

The result showed three categories that focused on organizational communication originating from (1) focus towards people within and outside the organization, (2) multi-professionality between groups of personnel (3) awareness and understanding for what the organization has to manage appeared as important factors of the communication process. Organizational communication is an essential part in leading and managing the resources in the multi-professional team. Care of souls benefit leaders, nurses and patients through personal conversations and work guidance. It also benefits the holistic care that sees the human being as an entity of body, soul and spirit. Care of souls is a separate part within existential support focusing on christian spirituality.

Förord

Efter en hel del funderande och sökande efter ett ämne för min magisteravhandling dök plötsligt ett beställningsarbete upp som direkt väckte mitt intresse. Ett uppdrag som kändes som mitt område: sjukhussjälavård! Självård är ett ämne jag länge ansett vara intressant. Det gjorde att beställningsarbetet tilltalade mig och under processens gång har ämnet utvecklats sig mer och mer och fått ett större djup än tidigare.

Det har varit givande att få bekanta mig mera med ämnet och jag är tacksam till uppdragsgivarna för möjligheten att få skriva denna avhandling. Jag vill även passa på att tacka min handledare, Yvonne Näsman, för stödet under processens gång. Emellanåt har kombinationen av arbete och studier varit påfrestande och då har det varit skönt att få sända i väg ett mail till dig eller få ett mail med uppmuntran och peppande ord. Det har hjälpt mig vidare i processen och din objektivitet har hjälpt mig att få mer ordning på mina stundvis oordnade tankar.

Jag vill även nämna min familj och mina vänner som också uppmuntrat mig under skrivandets gång. Ett speciellt tack till mamma, pappa och min syster för att ni stöttat mig med smått och gott mellan varven. Arbetet med avhandlingen har känts som en lång process under en kort tid. Vissa moment i avhandlingen skulle kunna filas på i vad som känns som en oändlighet, men för tillfället tror jag det kan vara välbehövligt med en reflektiv paus för att låta allt sjunka in. Vem vet, kanske kan jag utforska ämnet vidare någon dag. Jag är säker på att det skulle vara en minst lika spännande process som denna.

Jakobstad i maj 2022

Maria Pettersson

Innehållsförteckning

ABSTRAKT

ABSTRACT

FÖRORD	3
1 INLEDNING.....	7
2 TIDIGARE FORSKNING.....	8
2.1 Historisk tillbakablick	8
2.2 Tro, hopp och kärlek som grund i vården.....	11
2.2.1 Kärlek.....	11
2.2.2 Tro.....	12
2.2.3 Hopp.....	13
2.3 Att tillfredsställa behov och begär.....	13
2.3.1 Bön och bikt.....	14
2.3.2 Förlåtelse.....	16
2.4 Den holistiska synen.....	17
2.4.1 Holistisk vård som humanistisk och teistisk.....	18
2.4.2 Sjukvård som en del av den humanistiska synen.....	18
2.4.3 Själavård som en del av den teistiska synen	20
2.5 Att föra samman två syner på vård.....	21
2.6 Samarbete och mångprofessionalitet.....	23
3 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	25
3.1 Teamledarskap.....	25
3.2 Andlig ur ett vårdvetenskapligt perspektiv.....	28
3.2.1 Andlighet i själavård	28
3.2.2 Andlighet som behov, begär och nöd.....	29
3.2.3 Andlighet som en del av människan	30
4 BESKRIVNING AV FORSKNINGSPROCESSEN.....	32
4.1 Syfte och forskningsfråga.....	32
4.2 Design och kontext.....	32
4.2.1 Begreppsanalys	33

4.2.2	Kvalitativ innehållsanalys	34
4.3	Urval och deltagare.....	35
5	ETISKA FRÅGESTÄLLNINGAR	36
6	RESULTAT FRÅN BEGREPPSANALYSEN	36
6.1	Etymologisk analys enligt Koorts metod	36
6.1.1	Själavård som vård.....	37
6.1.2	Själavård som person eller verksamhet.....	37
6.1.3	Själavård som en del av kyrkan	37
6.2	Begreppsanalys enligt Rodgers metod	38
6.2.1	Själavårdens substitut.....	39
6.2.2	Själavårdens relaterade termer	39
6.2.3	Själavårdens föregångare	41
6.2.4	Själavårdens attribut och konsekvenser	41
7	RESULTAT FRÅN INTERVJUERNA	43
7.1	Fokusering.....	43
7.1.1	Medmänniskan.....	43
7.1.2	Öppenhet till samtal	45
7.1.3	Relationer	46
7.1.4	Stödformer	47
7.2	Mångprofessionalitet	49
7.2.1	Samarbete.....	50
7.2.2	Ledarskap.....	52
7.2.3	Utrymme att växa.....	54
7.2.4	Utbildning och fortbildning	54
7.3	Medvetenhet	56
7.3.1	Anställdas behov	56
7.3.2	Patientens behov	58
7.3.3	Personcentrering.....	60
7.3.4	Kulturskillnad.....	61
8	DISKUSSION.....	62
8.1	Existentiellt vårdande	62
8.2	Holistisk syn på medmänniskan i organisationen	65

8.3	Främjande av en positivt vårdande anda i det multiprofessionella teamet.....	68
9	METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN	70
10	SLUTSATS.....	73

Litteratur

Förteckning över figurer

- Figur 1 Modell för teamledarskap, sida 25
Figur 2 Att tillgodose människans andliga behov, sida 62

Förteckning över bilagor

- Bilaga 1 Tabell med självvårdens föregångare, attribut och konsekvenser
Bilaga 2 Tabell med vidare forskning enligt Rodgers begreppsanalysmetod

Förteckning över tabeller

- Tabell 1 sida 38 – 39
Tabell 2 sida 40 – 41
Tabell 3 sida 43

1 Inledning

Denna avhandling är ett beställningsarbete som handlar om sjukhussjälavård i ett regionsjukhus på Finlands västkust. Mitt intresse för ämnet uppstod dels på grund av mina egna värderingar, dels på grund av nyheternas rapportering om ökad psykisk ohälsa i samhället. I Finland samarbetar social- och hälsovården med den Evangelisk-lutherska kyrkan när det gäller att förse befolkningen med sjukhussjälavård som i vissa källor ses som en form av terapi. Enligt Evangelisk-lutherska kyrkan i Finland (2021) handlar sjukhussjälavården om att stödja patienten och anhöriga i kriser som beror på sjukdom eller sorg, samtidigt som de finns som ett stöd för hälsovårdspersonalen i det dagliga vårdarbetet och i krävande situationer.

I denna studie ses människan som en helhet bestående av kropp, själ och ande utgående från den vårdvetenskapliga tanken om människans tre dimensioner så väl som den kristna traditionen där människan ses som skapad av Gud till hans avbild (Eriksson & da Silva, 1991). En helhetsinriktad vård strävar efter att främja människans kroppsliga, andliga och själsliga väl, hälsa och vård. I klassisk betydelse är andlig hälsa och andlig vård mera begränsad till en verksamhet på klar religiös grund, driven av religiösa motiv, i enlighet med den kristna etiken vars främsta mål är religiöst eller andligt (Eriksson & da Silva, 1991). I studien har det gjorts ett medvetet val att använda termen själavårdare för de engelska begreppen *chaplain*, *priest*, *pastor*, *clergy*. De olika benämningarna innehåller en viss betydelseskilnad, men alla har i artiklarna utfört själavård.

De värderingar som kyrkan lyfter fram som bärande i sjukhussjälavården består av vördnad för det heliga, ansvar, rättvisa och sanning. Detta står som grund i arbetet att uppmuntra och förmedla ett budskap om hopp och det heligas närvaro i människans liv. I själavården ställer man sig vid den hjälpsökandes sida i hans eller hennes livssituation och stöder personens självförståelse och handlingskraft där kärnan i själavårdsarbetet är ett förtroligt samspel mellan sjukhussjälavårdaren och klienten där alla frågor som berör livet kan tas upp. (Evangelisk-lutherska kyrkan, 2021).

2 Tidigare forskning

Den tidigare forskningen inom själavård i sjukhuskontexten finns dokumenterade i både teologiska och vårdvetenskapliga forskning. Inom den nordiskt vårdvetenskapliga traditionen är det omvårdnadsforskningen som är dominerande. Forskningstraditionen visar på en helhetsinriktad vård som handlar om att försöka förstå och behandla varje enskild, unik, mänsklig individ som en flerdimensionell helhet av kropp, själ och ande (Eriksson & da Silva, 1991). Som bakgrund till studien utfördes en litteratursökning huvudsakligen från EBSCO med sökorden '*pastoral care*' OR '*pastoral counseling*' AND '*nursing*'. Artiklarna skulle vara fulltext, skrivna på engelska mellan åren 1977 – 2021 och peer-reviewed. Sökresultatet gav 2239 artiklar varifrån 54 artiklar plockades ut på basen av rubrik. Efter genomläsning av abstrakt sparades 35 artiklar och till sist togs 11 artiklar med i bakgrunden. Förutom artiklar har publicerade rapporter, böcker och material från Evangelisk-lutherska kyrkans hemsida använts. Erikssons och da Silvas rapport från 1991 om vårdteologi har använts i och med dess relevans i att överbygga teologisk litteratur och vårdvetenskaplig litteratur. Rapporten är av äldre modell men har setts som passande material i avhandlingen i och med dess tydliga vårdvetenskapliga förankring i den nordiska vårdvetenskapliga traditionen och den kristna andligheten. I den teoretiska förankringen som baseras på kapitel från Sivonens doktorsavhandling från år 2000 hänvisas det även till Eriksson och da Silvas rapport, vilket bidrar till att ta med den specifika ursprungskällan i avhandlingen.

2.1 Historisk tillbakablick

Ur ett historiskt perspektiv har vården och själavården varit mer sammankopplade jämfört med idag. Vården har existerat oberoende av religion och kultur medan själavård historiskt har ansetts tillhöra de judiska och kristna sammanhangen (Schuhmann & Damen, 2018). Genom historien finns det varierande beskrivningar av vad andlighet betyder. Att ha klarhet i ett begrepps betydelse anser Magezi (2020) vara viktigt oberoende kontext. I en internationell kontext blir det ännu viktigare att finna en klarhet (Magezi, 2020). Enligt Magezi är det inte endast själva begreppet som behöver klarhet utan även vem personen är som utför vården. Ifall klarhet saknas kring vem vårdaren är gör sig vårdaren skyldig till ett oetiskt handlande (Magezi, 2020). Schuhmann och Damen (2018) skriver att hälsovårdspersonal ser sig utföra andlig vård genom de vårdhandlingar som utförs. Författarna tar vidare upp att det ändå råder en oklarhet vad andlig vård är och vem som får ge det. Byrne (2007) menar att prästen kan finnas som ett vägledande stöd för personalen att reagera på det som kan uppfattas som andligt behov hos patienten.

Eriksson och da Silva (1991) påpekar att det sedan 1950-talet funnits en trend som reducerat det andliga inom vården. De menar att det finns tre orsaker till detta där den första orsaken är att vården förlorat medvetenhet om sin historia och ständigt blivit mer teknisk och specialiserad. Med det menar Eriksson och da Silva att det andliga kommer i skymundan och drar sig tillbaka eftersom människor riktar in sig på det jordiska i stället för det andliga. Den andra orsaken är enligt Eriksson och da Silva att synen på människan och hälsa förändrats. Synen på hälsa som motsats till sjukdom har blivit mer framträdande och dominant i vården. Den tredje orsaken består i att vårdandets och vårdvetenskapens bärande struktur eller meningssammanhang blivit diffusa. (Eriksson & da Silva, 1991).

Cole Jr. (2010) tar upp själavårdens historia och menar att det under 1800-talets upplysningstid uppstod tre principer som ändrade synen på de klassiska själavårdsmetoderna. För det första blev utbildningen till präst mer formell och systematisk. För det andra blev den teologiska utbildningen mer fragmenterad i olika specialiserade studier inom universitetet. För det tredje började man i den västerländska världen förklara och förstå världen utan nödvändig referens till Gud eller religion. Enligt Cole Jr. (2010) ledde dessa tre aspekter till en begränsning av pastorns arbete eftersom det blev fokus på individen och dennes behov i stället för två personers behov eller en grups behov. Med andra ord blev behoven mindre samhällsliga och mer privata (Cole Jr. 2010; Gärtner, 2010).

Själavårdens historiska tradition har, enligt Peltomäki (2019), handlat om att leda själar till frälsning genom exempelvis predikan. Peltomäki lyfter vidare fram att det tack vare Kilpeläinens arbete blev en ändring i fokus. Från att själavården ofta betonat det andliga framom det kroppsliga riktades fokus även in på lindrandet av det världsliga lidandet, vilket inte alltid setts som en självklar del i själavården. Detta ledde till att kyrkan började följa resten av samhällets utveckling och sekularisation, vilket påverkade även själavården med start inom sjukhusvärlden. Målet blev att befria människan till att uppnå mål och fördelar hon själv hade valt. (Peltomäki, 2019)

I och med detta påpekar Gärtner (2010) att själavård har kommit bort från allt som kan kopplas till objektiva sanningar eftersom evangeliet inte endast handlar om individen, utan om frälsning för såväl individen så väl som hela skapelsen. Cole Jr. (2010) bygger vidare på den tanken och belyser att det själavårdande arbetet gled in på mental hälsa och därtill relaterande problem i och med fokuseringen på individen. På grund av detta gled själavården till viss del in på ett område som tillhandahölls av andra professioner, vilket resulterade i att själavårdarens språkbruk förlorade sin karakteristik och ersattes av

språk från humanvetenskapen (Cole Jr. 2010; Gärtner, 2010). Förutom språket övergavs även delar av själavården som t.ex. predikan och begreppet andlig allt mer (Peltomäki, 2019).

Varken Cole Jr. (2010) eller Peltomäki (2019) anser att själavården skall gå tillbaka till medeltidens bruk av själavård. Det finns en positiv dimension av att använda kunskap från olika traditioner men Cole Jr. (2010) påpekar ändå att själavårdaren inte skall imitera de andra professionerna utan behöver fokusera på människans själ som förenar hennes hela varelse i en relation med Kristus. Det är detta som gör själavården distinkt. Själavårdaren bekänner en tro och står för vad den tron innebär vilket i sin tur formar vården som ges, vilket med andra ord handlar om att människans historia blir en del av den kristna historien genom tron (Cole Jr., 2010). Gärtner (2010) anser att varje själavårdande samtal behöver fokusera på människan som helhet och utgå från individens livshistoria för att ha möjlighet att finna förståelse och hjälpa personen i nöd. Om ett område tilltalas hos människan påverkas de övriga områdena i människans liv och situation (Gärtner, 2010).

Cole Jr. (2010) tar upp samarbete och poängterar att själavårdaren som yrkesperson behöver ha stöd från församlingen och den större kristna helheten församlingen innebär. Detta alltmer i och med de utmaningar som framkommer från Schuhmanns och Damens (2018) forskning som visar att själavården utmanas att existera i ett sekulariserat samhälle med diffusa religionsgränser i och med att människor generellt tar in olika intryck från olika religioner. Själavården riskerar att bli en utdaterad praktik ifall själavård associeras med religion eftersom själavården då kan ses som otydlig för icke-religiösa som inte förstår själavårdens mening och värde (Schuhmann & Damen, 2018).

Andra utmaningar i dagens samhälle som lyfts fram av Gärtner (2010) är att Bibeln och kristna traditioner blivit mer problematiska. Både deras mening och sociala acceptans är ifrågasatta och erkänns inte längre som legitim grund för olika ställningstaganden. Gärtner (2010) fortsätter med påståendet att en pastor på grund av sitt teologiska språkbruk kan riskera att bli missförstådd, klassas som irrationell och även oprofessionell i relation till eventuella andra samarbetsparter. På grund av detta anser Gärtner att pastorer och själavårdare behöver bli så kallat flerspråkiga eller åtminstone tvåspråkiga. Med detta menar Gärtner att det teologiska språkbruket behöver finnas kvar och i viss mån kombineras med andra professioners språkbruk beroende på patientens behov och livshistoria. Om det teologiska språkbruket helt skulle ersättas med humanistisk vokabulär finns risk att själavården förlorar sin unika särart och uppfattas som en terapiform bland andra (Gärtner, 2010).

Schuhmann och Damen (2018) kommer in på att präster generellt har börjat beskriva sitt arbete som andligt i stället för att närma sig en beskrivning via religion, vilket kan skapa förvirring i den rådande mångfalden av andliga definitioner. Schuhmann och Damen (2018) definierar andlighet som ett personligt sökande efter mening. En sådan beskrivning har ingen religiös koppling vilket kan ha bidragit till ett ökat intresse för själavård och andlighet inom den sekulära sjukhusvården (Schuhmann & Damen, 2018). Byrne (2007) kopplar ihop andlighet med människans essens och påpekar att det är mer än endast religion. I dagens kultur och vård presenteras ofta verktyg för att göra (*doing*) och få (*getting*) i stället för det som är essentiellt för andlig vård i form av varande (*being*) och att bli till (*becoming*) vilket i sin tur kopplas ihop med det gudomliga genom transcendens (Byrne, 2007). Byrne (2007) betonar tillgänglighet, bekräftelse och respekt för patientens religion och kultur som viktig för andlig vård. En människas uppfattningar, motiv, intentioner och mål härstammar från människans identitet som person så väl som vårdare (Magezi, 2020). Byrne (2007) fortsätter med att när det kommer till vårdandet behöver patientens psykologiska, emotionella och andliga dimensioner beaktas.

2.2 Tro, hopp och kärlek som grund i vården

Vårdteologi är utvecklat som en deldisciplin till vårdvetenskap och har fokuserat på ett nordiskt perspektiv som grundar sig i ett kristet-religiöst perspektiv där Eriksson och da Silva (1991) skriver ser vårdteologi som en reflektion över människans upplevelse av Gud som yttrar sig i tro, hopp och kärlek. Inom människan finns hälsoresurser som kan tas tillvara, mogna och växa genom att ha tro som en grund, hoppet som skapar riktning och kärlek som ger hälsan form. Tro, hopp och kärlek ses som teologiska dygder och är även högt prioriterade inom vårdvetenskapen där tron, hoppet och kärleken ses som positiva hälsoresurser som ökar livslusten och stödjer hälsan. Människans andliga dimension ur en kristen synvinkel relaterar till tron på Gud, hoppet om det eviga livet hos Gud, kärleken till Gud och medmänniskor. (Eriksson & da Silva, 1991).

2.2.1 Kärlek

Da Silva framför en tes om att kärlekens olika former *agape*, *caritas* och *filia* är en nödvändig grundförutsättning för all omsorg och omvårdnad (Eriksson & da Silva, 1991). Eriksson och da Silva (1991) definierar alla kärleksbegreppen som osjälviska. *Agape* förknippas ofta med en tro på Gud, lydnad till Gud och vördnad för Gud. *Filia* kan ses som den vänskapliga kärleken. *Caritas* relateras enligt

Eriksson till exempelvis barmhärtighet, sant medlidande, generositet och ödmjukhet. Den barmhärtiga aspekten av *caritas* betonas även av Smith Jr. (2020) som skriver att själavårdaren inte alltid är kapabel att bota, men alltid kapabel att visa omsorg om sin nästa. Det är kärleken som ger mänsklig kvalitet i form av integritet, självbestämmande och autonomi i omvårdnaden (Eriksson & da Silva, 1991). En omsorgsfull (*caring*) människa är enligt Magezi (2020) enkel att få syn på eftersom omsorgen tar sig uttryck som exempelvis empati, lyssnande, vänlighet, kärleksfullhet, ombonande, uppmärksamhet.

Magezi (2020) kommer in på själavård och menar att vårdformen är någonting mer än vanlig vård och omsorg. Magezi hänvisar till Louw som menar att själavård kopplas ihop till den fundamentala principen i begreppet *caritas* och *diakonia* som pekar på en gästfrihet. Magezi (2020) fortsätter med att *caritas* och *diakonia* sträcker sig mot människor, vilket kräver ett andligt seende som hon kallar ”att se med hjärtat”. Ifall vårdpersonalen har kärleken som motiv i sitt vårdande uppstår enligt da Silva en kärleksetik, *agapism*. Med *agapism* menas förutom ett motiv av kärlek även en tillämpning av kärleken i form av plikt och dygd där handlingens goda konsekvens skall vara betydelsefull (Eriksson & da Silva, 1991).

2.2.2 Tro

Eriksson och da Silva (1991) kopplar ihop tro som en del av den andliga dimensionen och menar att tro även är sammankopplat med hälsa. Tro kan ha positiva effekter på hälsan och vårdare behöver kunna hjälpa patienter att utöva sin religion i enlighet med sin tro (Eriksson & da Silva, 1991). Eriksson och da Silva presenterar synonymer till ordet tro, vilket kan handla om att vara troende, att omfatta en lära, att acceptera, att vara övertygad om, att hålla för sant, att tycka, att lita på och förtrösta. Tro kan alltså hålla en religiös eller profan betydelse där det gemensamma ändå är att det finns en konkret eller abstrakt substans som man tror eller litar på. Författarna fortsätter med att den kristna tron innefattar Guds förhållande med människan och tvärtom (Eriksson & da Silva, 1991). Enligt Smith Jr. (2020) behövs även en förväntan i trosbegreppet där tro kan syfta på någonting att se fram emot som är pålitligt.

Enligt Eriksson och da Silva (1991) ser hälsan som beroende av livet och människan. Inom människan kan det finnas hinder för att använda tron i hälsans tjänst. Hinder kan ses som exempelvis ångest, fruktan och melankoli som kan skapa en oförmåga att känna glädje vilket kan leda till tecken på uttryck för en sjuk själ. Människan har ett behov att vara rotad någonstans, att ha en grund att stå på, att få stöd och hjälp av Gud eller människor och att känna trygghet. Alla dessa faktorer är aspekter som hör till hälsobegreppet genom tro. (Eriksson & da Silva, 1991). Frihet ses som en kvalitet i tron där den kristna

friheten är en befrielse från synd till Kristus. Människan blir där herre över allt samtidigt som hon blir alltings tjänare genom kärlek och lydnad till Gud och Guds vilja (Eriksson & da Silva, 1991; Cole Jr., 2010).

2.2.3 Hopp

Smith Jr. (2020) tar fram det förväntansfulla hoppet på Gud och på en annorlunda framtid som blir möjlig genom att ikläda sig, minnas och agera på Guds kärlek och nåd. I livet finns ett sökande efter mening som utgör en primär kraft i människan där modet ger möjlighet att gå in i varje ny dag. Mod är en aspekt av hälsan som tangerar livet, döden och en trygghet i Gud (Eriksson & da Silva, 1991) i ett hopp på ett evigt liv. Själavård representerar enligt Schuhmann och Damen (2018) en tro på att det finns någonting gott som kvarstår i svåra situationer, att det betyder någonting att fortsätta söka efter det goda även om det till viss del förblir ett mysterium. Byrne (2007) tar där upp hoppet som essentiellt och beskriver det nästan jämställt med livet självt. I Raffay et als (2016) studie framkommer att att vissa religiösa människor ser Gud som den primära källan till helande och hopp där själavårdare (*chaplains*) kan hjälpa människorna att finna hoppet.

2.3 Att tillfredsställa behov och begär

Eriksson och da Silva (1991) diskuterar kring begreppen andligt begär och andligt behov där begäret ses som mer grundläggande än behoven. Behov ses som en tillfällig brist på människans upplevelse av sammanhang och tangerar brist på frid, förlåtelse, gemenskap med människor eller Gud. Det andliga behovet kan tillfredsställas genom en så kallad korrigerande av livssituationen som innebär exempelvis förlåtelse, omvändelse eller försoning. Med det andliga begäret menar Eriksson och da Silva (1991) ett sökande och en längtan efter sinnesro, glädje, livslust i situationer av till exempel ångest, fruktan, synd och förtvivlan. Både behoven och begären behöver vårdas. (Eriksson & da Silva, 1991).

Byrne (2007) hänvisar till Galek et al som ser andliga behov som sju huvudsakliga delar: tillhörande, mening, hopp, helighet, moral, skönhet och ett accepterande av döden. Andliga behov är enligt Byrne (2007) mångfacetterade med olika lager. Byrne ser andliga behov som någonting föränderligt och pågående speciellt under eller efter en kris. Djupet i behovet bestäms och utgår från personens tolkning av situationen, omgivningen och hur hon relaterar till vårdpersonal. Patientens personlighet, fysiska och psykiska tillvaro och förmåga att artikulera tankar och känslor påverkar även behoven. Språket fyller en

viktig funktion att förmedla och uppfatta andliga behov. Exempelvis kan patients frågor om ”varför” uttrycka ett sökande efter mening som kan vara ett uttryck för andlig smärta. Andlig vård kan kräva tillgänglighet och förmåga att gå utöver vad som ses vara lämpligt. Ur vårdares perspektiv kan omgivningen, arbetsmängden och brist på privatliv ses som barriärer att förmedla andlig vård till patienten. Sjukvårdarna kan även anse det vara prästens jobb att utföra andlig vård. (Byrne, 2007). Eriksson och da Silva (1991) påpekar att ett otillfredsställt behov eller ett icke-bemött begär kan få fysiska uttryck i en människa och kan ses som människans vädjan efter hjälp. Kilpeläinen (1969) menar att ett fokus på människan och hennes behov ger en möjlighet att hjälpa i nöden. Kilpeläinen hänvisar till Jesus som mötte människor som unika varelser, alla med lika värde och många gånger vårdade han sig om en enda människa utgående från hennes behov just precis på det sätt som passade henne.

2.3.1 Bön och bikt

Eriksson och da Silva (1991) kopplar ihop tro med bönen där tro skapar en målföreställning om att komma någonstans och bönen blir central i strävandet framåt mot målet. Bönen utgör en personlig gemenskap med Gud och innebär alltid möjligheter och stärker tron. Eriksson och da Silva hänvisar till James som påpekar att bönen har betydelse för det andliga välbefinnandet och kan i vissa situationer främja tillfrisknandet hos den sjuka patienten. (Eriksson & da Silva, 1991). Smith Jr. (2020) tar upp bön som en kontinuerlig handling där bönen ses som ett sätt att få befrielse från det som tynger. Bön riktas enligt Smith Jr. till den levande och fortsättningsvis skapande Guden som lyssnar och befriar människan.

Eriksson och da Silva (1991) hänvisar till James som menar att verkligheten tar vid i bikten där den egna uselheten utelämnas. James anser att bön och bikt kan utgöra en grund att förnimma det andliga som en källa till näring där förlåtelsen är ett reningsinslag i bikten. Kilpeläinen (1969) ser bikten som en av de traditionella själavårdsmetoderna som bör vara i användning. Enligt Kilpeläinen har bikten sina begränsningar och fungerar främst när en människa vet vad det är som tynger henne. Då kan människan i bikten uttala sin synd, ta emot avlösning och finna befrielse. Inom själavården framträder bikten och känslor av skuld tydligare jämfört med andra praktiker (Kettunen, 2002). Enligt Kettunen (2002) handlar det inte om biktens utformning, utan det handlar om den funktion som bikten har i att förmedla en lättnad och befrielse. Kettunen tar upp olika former av bikt, men menar att all bikts början har sitt ursprung i en människas nöd. På basen av vad patienten behöver tas ställning till väljs formen av bikthjälp (Kettunen, 2002). Kilpeläinen (1969) lyfter fram en form av auktoritär bikt där själavårdaren t.ex. ger råd, förmanar, tröstar, undervisar och avgör ärenden för patienten, vilket gör att patienten då blir en mottagare istället

för en deltagare. Smith Jr. (2020) poängterar behovet av ödmjukhet och respekt i mötet med en medmänniska och betonar vikten av frågor framom färdiga svar. Att få hjälp av en medmänniska på vägen genom ett kärleksfullt och närvarande möte kan ses som nåd. Byrne (2007) fortsätter med att det ibland kan behövas en beröring av Gud för att finna frid och helande. I vissa fall kan det handla om att ha någon som lyssnar till vilken smärta, vilka rädslor och vilket hopp man bär på (Byrne, 2007).

Enligt Evangelisk-lutherska kyrkan (2021) ges själavård som personliga samtal eller i grupp där tystnadsplikten alltid beaktas genom kyrkolagens sekretessplikt för anställda i syfte att skydda personen som anförtrott sig åt prästen. I själavårdande samtal eller bikt är prästen ålagt bikthemlighet. I det själavårdande mötet finns ingen brådska, utan närvaro och öppenhet främjas i samtalet som kan handla om existentiella, andliga, mentala och etiska frågor. (Evangelisk-lutherska kyrkan, 2021). Byrne (2007) betonar vikten av att vara hos patienten, att aktivt lyssna, möta och värdesätta patienten som hon är eftersom det kan vara skrämmande för patienten att söka svar på existentiella frågor. Reichmann (2017) menar att det själavårdande samtalet börjar med konsten att lyssna på patientens villkor för att försöka förstå vad patienten som medmänniska vill säga, allt med patientens välgång i fokus. Kilpeläinen (1969) håller med och betonar även värme, äkthet och empati. Kilpeläinen fortsätter med vikten och förmågan att leva sig in i andra människors upplevelser och känslor. Enligt Reichmann (2017) är det själavårdande samtalet ett vägledande samtal. Det en människa skäms för vill hon oftast dölja och oftast är det just det man undanhåller som behöver komma fram i ljuset. Därav kan det bli en låst ställning ifall själavårdaren går rakt på sak. Själavårdaren behöver därför öva sig i konsten att ställa barmhärtiga frågor som leder in mot kärnan (Reichmann, 2017).

Kettunen (2002) betonar vikten av att namnge sin synd för att göra både skulden och förlåtelsen konkret. Kettunen betonar även den andliga dimensionen av att det är Gud som förlåter synden genom sin auktoritet och återställer relationen mellan människa och Gud. Reichmann (2017) tar upp försoningen som ett svar på många problem. Reichmann skriver att när en själavårdare lyssnar på en annan behöver själavårdare ställa sig inför frågan hur människans problem kan se ut i försoningens ljus för att tydligast upptäcka kraften till förändring. Reichmann kommer även in på synden och menar att synd lika gärna kan ses som förkastelse eller svek: Människan sviker sin trofasthet mot Gud, mot medmänniskan, mot skapelsen eller oss själva. Oftast tar sig sveket uttryck i besvikelse. Besvikelsen växer och skulden kan bli någonting konkret som går att flytta över på någon annan. Därför blir Guds försoningsverk så viktigt eftersom skulden då utplånas och människan får frihet och förlåtelse (Reichmann, 2017; Kettunen, 2002).

Enligt Kettunen (2002) förlorar bikten sin betydelse ifall människan saknar en relation med Gud. Kettunen menar vidare att bikten blir problematisk om man tar den ur sitt sammanhang och kopplar bort den från Guds försoning.

2.3.2 Förlåtelse

Byrne (2007) ser förlåtelse och försoning som viktiga steg till styrka och frid. Byrne menar att en sådan praktik går utöver psykologi. Kettunen (2002) anser att förlåtelse trots allt även är psykologisk i och med att skuld ofta är djupt rotad i människans psykologiska upplevelser. Människor kan hjälpa någon annan att bli fri, men även att bli bunden. Reichmann (2017) tar upp en annan del av människans inre, nämligen förakt. Enligt Reichmann (2017) kan själen mättas av förakt om en person hela tiden matar en annan människa med förakt tillräckligt länge. Den som upplever förakt söker sällan hjälp för det eftersom föraktet från andra, t.ex. mobbare, förvandlats till självförakt och blivit en del av människans mättade själ. I sådana situationer kan förlåtelse vara viktig, men oftast ser personen med självförakt ingen anledning att förlåta någon annan eftersom de handlingar av förakt som personen mött stämmer in på synen av honom själv. Personen blir ödelagd i sin själ (Reichmann, 2017).

Eriksson och da Silva (1991) tar upp konsten att lära sig förlåta andra och sig själv. Kettunen (2022) ser förlåtelse som en process och Reichmann (2017) ser processen i två steg där det första steget är att döma den skyldige skyldig så människan vet vad det är hon vill förlåta. Därefter kan människan be Gud om hjälp att kunna förlåta även om den skyldige aldrig ber om förlåtelse. Förlåtelsen ligger i det egna intresset för att få frid. Självvårdaren kan hjälpa patienten steg för steg och ifall patienten inte har någon egen tro kan självvårdaren be om lov att få be för patienten med sin egen tro (Reichmann, 2017). Kilpeläinen (1969) belyser relationen mellan förlåtelse och barmhärtighet och menar att barmhärtighet innebär att det förflutna har förlåtits. Denna form av barmhärtighet tar sig enligt Kilpeläinen till uttryck som en inre attityd utan dömande känslor för vad människan gjort. Detta innebär inte ett försvar eller att personen inte är skyldig och förtjänar straff. Med andra ord förminskar barmhärtigheten inte den andres skuld utan barmhärtigheten benådar och förlåter så som Kristus gör med människor.

Enligt Eriksson och da Silva (1991) skapar synden hinder i människan och skiljer henne från gemenskapen med Gud. Om synden finns hos oss menar Smith Jr. (2020) att Guds nåd och förlåtelse råder ännu mer. Eriksson och da Silva (1991) fortsätter med att Gud genom förlåtelse återupprättar förhållandet mellan människan och Honom själv. Författarna tar vidare upp Edwards tankar om

rättfärdiggörelse som ses som grunden och förutsättningen för verklig hälsa. Den kristna tron ses som en trosupplevelse som omfattar hela människan i alla dimensioner av kropp, själ och ande där den verkliga hälsan kommer genom att känna sig förlåten, älskad och accepterad. Eriksson och da Silva (1991) konkluderar med att förlåtelse och ett renat samvete har en hälsofrämjande inverkan.

2.4 Den holistiska synen

Eriksson och da Silva (1991) ser människan i den vårdvetenskapliga traditionen som en enhet av den kroppsliga, själsliga, och andliga dimensionen där hälsa är mer än avsaknad av sjukdom. I och med vårdvetenskapens människosyn innefattas en tredimensionell syn som förutsätter en kristen människosyn (Eriksson & da Silva, 1991). I den teologiska traditionen ses även människan som en enhet av kropp, själ och ande (Cole Jr., 2010; Kilpeläinen 1969). Cole Jr. (2010) hänvisar till Moltmann som i sin tur hänvisar till den kristna skapelseberättelsen som handlar om när Gud formade den första människan, Adam, av jord och andades liv och ande in i honom. Adam blev levande vilket innebär att han inte endast har en levande själ, utan han är en levande själ, en helhet av kropp, själ och ande som tillsammans utgör människan skapad av och till Gud.

Eriksson och da Silva (1991) tar fram att det inom vården och vårdvetenskapen blir en större öppenhet och förnyad medvetenhet om människan som en helhet, vilket öppnar ögonen för andliga frågor. Författarna skriver att begreppen ande och själ ofta används som synonymer även om det finns en skillnad mellan dem. Det själsliga syftar oftast på de psykiska processerna och det andliga syftar på det transcendenta och primära hos människan. Magezi ser inte endast människan som holistisk utan utvidgar begreppet till att gälla hela mänskligheten enligt den kristna synen på enhet som ser mänskligheten som bröder, systrar och familj. Där blir begreppet *koinonia* av yttersta vikt. Synen på människor påverkas när den kristne är i Gud. Detta utmanar människan att behandla alla människor med värdighet och utforska en offrande hållning i ett tjänande av andra. Människans andlighet lever, uttrycks och upplevs i en kommunitet. Andlighet är enligt Magezi en hjälp för människan att koppla ihop liv och tro så att det kan bli en verklighet där människans trossystem påverkar livet på ett praktiskt plan. (Magezi, 2020). Enligt Eriksson och da Silva (1991) finns det många olika existentiella och andliga upplevelser eller erfarenheter som inte är religiösa i traditionell mening. Att andlighet är ett komplext och svårdefinierat begrepp är något flera forskare kan skriva under (Schuhmann & Damen, 2018; Byrne, 2007; Raffay et.al, 2016).

2.4.1 Holistisk vård som humanistisk och teistisk

Teologi ses traditionellt som läran om Gud, men Eriksson och da Silva (1991) ser vårdteologi som läran om människans erfarenheter om Gud. Därmed anser sig Eriksson och da Silva (1991) ge teologin ett bredare innehåll genom att också inbegripa religiösa, andliga eller existentiella erfarenheter. Trots att vårdteologin nödvändigtvis inte inbegriper Gud som person berör Eriksson och da Silva (1991) den kristna synen där människan är Guds avbild vilket ger människan ett oändligt mycket större värde jämfört med andra skapade varelser som exempelvis djur, vilket Cole Jr. (2010) håller med om här han påpekar att människan är en unik och helig varelse. I denna betydelseskillnad mellan vårdens teologi och den traditionella teologin finns en viss problematik. Enligt Byrne (2007) anser nämligen själavårdare att det andliga inte kan separeras från dess teistiska grund.

2.4.2 Sjukvård som en del av den humanistiska synen

Enligt Peltomäki (2019) anses människan själv kunna övervinna personliga problem genom att själv hitta svaren och finna sitt sanna jag. Enligt Peltomäki är människan i den humanistiska synen god och strävar efter gott, men misslyckas p.g.a. psykologiska tillkortakommanden. Koskinen (2014) menar att humanismen har sin betoning på människovärdet och är förenad med vitt skilda religiösa och politiska uppfattningar. Koskinen påpekar att humanismen är en sekulär livssyn som anser att det inte finns orsak eller förnuftiga skäl att tro på religiösa dogmer, gudar eller övernaturliga förklaringar av tillvaron. Denna syn grundar sig, enligt Peltomäki, på en idé om att människan är fri från religiösa och moraliska auktoriteter och själv kan bestämma vad som är gott eller ont, rätt eller fel för dem själva, vilket gör människans liv och behov till en måttstock för allt som är värdefullt. (Peltomäki, 2019; Koskinen, 2014).

Schuhmann och Damen (2018) tar fram tanken om att människan är en andlig varelse gjord för det goda. Det västerländska samhället och vårdpersonalens förståelse av det andliga är en sekulariserad version av den kristna förståelsen (Byrne, 2007) där synen på människans värde har sin grund i Bibelns syn på människan som en andlig varelse (Eriksson & da Silva, 1991). Delkeskamp-Hayes (2010) skriver att det inom medicin som akademisk disciplin har gjorts olika ansträngningar att mobilisera terapeutiska resurser för att främja patienters andlighet även om sjukvårdare i Storbritannien enligt Raffay et al (2016) är förbjudna från att berätta om sin personliga tro. Delkeskamp-Hayes (2010) gör skillnad mellan psykoterapi och själavård där psykoterapi har en länk till psykiatri och psykosomatisk medicin. Psykoterapi ser på människans mentala ordning utgående från anatomiska och psykologiska

ståndpunkter. Psykoterapin är grundad i världens föreställning av mental, psykisk och moral hälsa. Författaren menar vidare att själavårdare som tar sig an psykoterapeutiska metoder kan generera problem eftersom metoderna har olika inriktningar. (Delkeskamp-Hayes, 2010). Eriksson och da Silva (1991) gör en skillnad på den existentiella psykoterapin som studerar existentiella upplevelser som något typiskt mänskligt. Där finns nödvändigtvis inget andligt i en religiös betydelse eftersom existentiella frågor uppkommer i samband med olika former av lidande och kan ses som en manifestation av den andliga dimensionen. Enligt författarna finns det tre villkor som åtminstone behöver uppfyllas för att personalen skall få kunskap om ifall patienten upplever ett existentiellt lidande. Det första villkoret för att upptäcka de existentiella eller andliga upplevelserna hos en patient är enligt Eriksson och da Silva (1991) en tillit till vårdpersonalen som kantas av ömsesidig respekt, vilket även själavårdaren och psykiatern Reichmann (2017) håller med om. Det andra villkoret belyser vårdarens förmåga till sympati och empati där vårdaren kan leva sig in i patientens upplevelser, situation och relationer (Eriksson & da Silva, 1991; Gärtner, 2010). Det krävs med andra ord en känslomässig kommunikation utan ord. Det tredje villkoret är att vårdpersonalen skall kunna identifiera upplevelsens essens och egenskaper så att t.ex. skuld känslor inte förväxlas med existentiell ångest. (Eriksson & da Silva, 1991). Reichmann (2017) pratar inte om existentiell psykoterapi, utan menar psykoterapi och flera andra terapiformer hör till den så kallade sekulära terapin. Den sekulära terapin har enligt Reichmann (2017) som grundläggande självklarhet att verkligheten endast består av materia och energi. Där finns inte Gud i den terapeutiska verkligheten och det kristna språkbruket inte ha har inte någon central plats i ett terapeutiskt tänkesätt. Delkeskamp-Hayes (2010) tar upp psykoterapi som en viktig vårdform för världsliga problem så väl som problem orsakade av tidigare förvrängningar av kristen själavård som kan ha skapat lidande för människor.

Schuhmann och Damen (2018) anser att själavård i dagens läge inte längre associeras med en skild religion eftersom själavårdare inom sekulära anstalter, som t.ex. sjukhus, betjänar människor från olika religioner och trosinriktningar. Schuhmann och Damen (2018) påpekar att själavård ofta ersätts med termen andlig vård i sekulär kontext. De menar vidare att andlig vård ges av olika professionella aktörer som exempelvis sjukvårdare. Byrne (2007) tar upp vårdarnas lyssnande, tystnad och beröring som del av kommunikationen i andlig vård. Peltomäki (2019) skriver att den andliga uppgiften inom själavården och andlighet i stort förklaras som ett psykologiskt fenomen. Eriksson och da Silva (1991) poängterar att en holistisk vård bör grunda sig på ”invärtesmänniskan” som innebär människans egna tankar, önskningar, strävanden och upplevelser av lidande som kan ta sig form av behov, sjukdom, rädslor, förhoppningar, upplevelse av meningslöshet m.m. Allt detta påverkar människans hälsa.

2.4.3 Självvård som en del av den teistiska synen

Koskinen och Levén (2021) definierar teism enligt kristendomens, judendomens och islams syn på Gud: Gud är världens skapare och samtidigt en personlig gud som kommer människan mycket nära och tar aktiv del i världens gång och människans liv. Enligt Reichmann (2017) är verkligheten präglad av Gud som skaparen där världens olika lagar i olika former bär Guds prägel.

Den kristna grunden för en människans värde, okränkbarhet och integritet ligger i Gud som hennes skapare (Eriksson & da Silva, 1991; Cole Jr., 2010), frälsare, upprätthållare och Fader. Gud ses med andra ord som grunden för människans liv och existens. Peltomäki (2019) hänvisar till Kettunen som ser Gud som implicit närvarande i den självvårdande relationen och andlighet förklaras som individens inre koncept om Gud. Peltomäki (2019) menar att kyrkan baseras på kunskapen om en transcendent verklighet där kyrkliga aktiviteter är designade att framhäva den andliga verkligheten till människorna. Peltomäki fortsätter med att Gud existerar, agerar och berör människors liv oberoende deras andliga erfarenheter. Gud ses enligt luthersk teologi ha absolut kraft och i fråga om det andliga är det Gud som agerar och inte människan som ses som passiv. Den kristna andligheten bör inte knytas till personliga känslor eller andra erfarenheter eftersom Gud ses som objektiv och absolut. (Peltomäki, 2019).

Självvården i klassisk betydelse är enligt Eriksson och da Silva (1991) mer begränsad till en verksamhet på tydlig religiös grund som drivs av religiösa motiv i enlighet med den kristna etiken. De olika självvårdsmetoderna, som exempelvis bikten och det undervisande samtalet, och menar att varje metod finner sin grund i Bibeln (Kilpeläinen, 1969; Cole Jr. 2010). Enligt Eriksson och da Silva (1991) är självvårdens främsta mål en religiös eller andlig verksamheten som ofta bedrivs i ett kyrkligt perspektiv. Reichmann (2017) hävdar att verkligheten för självvårdaren ter sig mycket större och den binds inte till fysiska lagar och godtyckliga moraliska mönster. Smith Jr. (2020) anser den moraliska och etiska utvecklingen av en människas karaktär i kombination med tacksägelse som central i omvårdnad som sker i kyrklig regi. Smith Jr. (2020) påpekar vidare att det kräver tid, reflektion, teologisk brottnig, fördjupning och tillväxt i praktiken för att bli en skicklig och vis självvårdare. Byrne (2007) menar att lidandet kan inom teologin ha positiva effekter på patienten där patienten kan närma sig Gud och få upplevelser av evigheten.

Byrne (2007) hänvisar till Cobb som tar upp en distinktion mellan andlig vård och själavård. Andlig vård kan peka bort från en tro på Gud i och med att andlig vård nödvändigtvis inte har med Gud att göra. Själavård däremot ses ha en koppling till Gud och därmed finns en rörelse mot tro i och med hjälpen från en pastor eller själavårdare. Delkeskamp-Hayes (2010) belyser att själavård har en helande effekt och anser att själavården behöver integrera den mentala, psykiska och moraliska hälsan med det världsliga och sätta det i perspektiv till den eviga verkligheten som i kristen tro är beroende på Kristus och hans död och seger över döden på korset. Inom kristendomen finns sanningen om att människan är i världen, men inte av världen utan hör till det gudomliga och eviga (Delkeskamp-Hayes, 2010).

Saad och de Medeiros (2016) tar fram att patienter är mer sårbara i mötet med allvarlig sjukdom eller skada. Detta tillstånd kan dessutom förvärras eftersom stöttepelare i form av tro och sammanhang tagits bort inom sjukhusets väggar. I en studie bland mentalvårdspatienter konstaterade Raffay et al (2016) att flertalet mentalvårdspatienter ansåg det viktigt med andliga och religiösa element i deras vård. Flera av dem såg det som essentiellt till helandeprocessen. I studien ansåg deltagarna även att det borde finnas en rutinmässig närvaro av prästen under en viss tid varje dag så att de som behövde själavård visste när prästen var på plats. Religiösa aktiviteter som bön, bikt, nattvard och bibelstudier kan, enligt Raffay et al (2016), vara eftertraktade inslag som en del av vården. Saad och de Medeiros (2016) menar att ett religiöst eller andligt välmående relateras till bättre hälsa och att exempelvis religiösa eller andliga missförstånd kan stå i vägen för tillfrisknande och helande. Magezi (2020) kopplar den kristna andligheten och själavården till dynamiken mellan den ande Gud gett människan och det mystiska helandet och hoppet som finns i Guds närvaro. Det eskatologiska perspektivet i den kristna tron definierar vem människan är som kristen (Magezi, 2020).

2.5 Att föra samman två syner på vård

Gemensamt med sjukvård och själavård är att den kan utgå från personen det gäller (Kilpeläinen, 1969; Eriksson & da Silva, 1991). Kilpeläinen (1969) förespråkar den konfidentcenterade samtalsmetodiken där tyngdpunkten i det själavårdande samtalet läggs till konfidenten och dennes lidande och nöd. Eriksson och da Silva (1991) belyser att det finns en beröringspunkt mellan vårdteologi och själavård i och med att båda är intresserade av människans andliga väl, hälsa och vård. Däremot skall vårdteologin, som kan ses som en ”förebyggande själavård”, inte jämföras med själavården. Reichmann (2017) nämner inte vårdteologi men poängterar att själavården inte heller skall jämföras med psykoterapi (Reichmann, 2017; Byrne, 2007). Kilpeläinen (1969) däremot är inte så snabb med att tydligt särskilja

själavård och psykoterapi eftersom hon menar att det för en själavårdare finns mycket att hämta från psykoterapin och tvärtom. Alla kan lära av varandra eftersom ingen kan se helheten eftersom alla har lite olika perspektiv (Smith Jr., 2020). Peltomäki (2019) menar att själavården har antagit en terapeutisk inriktning som strävar efter att erbjuda hjälp till världsligt lidande. Cole Jr. (2010) ser att prästen huvudsakligen rör sig mellan områden för teologi och psykologi i sin tjänst. Kilpeläinen (1969) drar en tydlig dragning mellan själavård och psykiatri i och med de två områdenas olika yrkesutbildningar. Cole Jr. (2010) gör också en skillnad och menar att prästen har annat att jämföra med andra professionella vårdgivare. Cole Jr. menar att präster till viss del överlappar andra professioner, men att det specifikt själavårdande är det som gör arbetet unikt eftersom det står i förgrunden för den kristna historien. Gärtner (2010) pekar på risken att inkludera olika professioner i det egna yrkesutövandet eftersom själavårdaren riskerar att förlora sin karakteristik och språkbruk till förmån för andra terapiformer.

Magezi (2020) ställer sig frågan hur själavården skall positionera sig på den globala och internationella arenan med flertalet religioner och trosinriktningar. När det kommer till synen på olika religioner och filosofiska trosinriktningar kan det, enligt Byrne (2007), resultera i en spänning vad som är prästens roll i sjukvårdskontexten. Enligt den Evangelisk-lutherska kyrkan i Finland (2021) är sjukhussjälavård ett terapeutorienterat stöd vars uppgift är att hjälpa patienten att förstå sitt liv på ett djupare plan. Det själavårdande arbetet kan där kallas existentiellt stöd som sker med respekt och överensstämmelse med patientens eller klientens personliga övertygelse där mötet med klienten utgår från människans behov (Evangelisk-lutherska kyrkan, 2021), vilket enligt Peltomäki (2002) kan härledas till sjukhusteologen Irja Kilpeläinens teori från 1969. Peltomäki ser Kilpeläinens metod som icke-riktgivande och dialogfokuserad där prästen finns som ett stöd för patienten i vad denna berättar och vill åstadkomma.

Peltomäki (2019) hänvisar till Schuhmann och Damen som förklarar att den andliga uppgiften i själavård är att representera det goda (Peltomäki, 2019; Schuhmann & Damen, 2018). ”Det goda” som Schuhmann och Damen (2018) pratar om är hämtat från Murdoch moralfilosofi. Murdoch kopplar ihop ”det goda” med en sekulär idé om transcendens som förklaras som en rörelse bortom egot som samtidigt är en rörelse mot verkligheten. Transcendens innebär där att se på den mänskliga sårbarhetens, lidandets och ondskans verklighet (Schuhmann & Damen, 2018). Schuhmann och Damen (2018) skriver att det behövs en rörelse mot det goda för att kunna uppleva livet som meningsfullt. Byrne (2007) menar att transcendens går bortom de vanliga mänskliga erfarenheterna till det övernaturliga.

Schuhmann och Damen (2018) menar att själavårdare ofta möter människor som befinner sig i situationer av förlust, sorg, lidande, död m.m. och att detta tillstånd kan ses som en felorientering i vad de kallar ”det moraliska rummet” (*moral space*). En felorientering handlar om att de inte vet vart de skall gå eller hur de skall kunna fortsätta, de känner det som om de vandrar i mörker (Schuhmann & Damen, 2018). Där kan själavårdaren såväl som sjukvårdarna stödja patienten att hitta tillbaka till rätt kurs i det moraliska rummet i riktning mot ”det goda”. I den religiösa kontexten kopplar ”det goda” ihop med Gud (Schuhmann & Damen, 2018). Kilpeläinen (1969) anser att människans nöd angår själavårdarna såväl som vårdarna och Eriksson och da Silva (1991) ser en nödvändighet av ett nära samarbete mellan vårdpersonal och yrkesgrupper som bedriver själavård.

Delkeskamp-Hayes (2010) lyfter fram Gadammers tankar om lek som en plats där både psykoterapi och själavård kan mötas. Författaren menar vidare att om både vårdmetoderna tolkas i termer av lek kan de finnas i en gemensam verklighet. I leken kan de både metoderna närma sig varandra med människans inre hopp och önskningar på ena sidan och den objektiva verkligheten av Gud och hans lagar på den andra. Delkeskamp-Hayes (2010) hänvisar vidare till Gärtners tankar om multi-språkighet. Kettunen (2002) tar fram att nåd (*mercy*) som förmedlas genom själavård ofta tar sig till uttryck i att ge ordentligt med tid till patienten. Tid är ett tydligt sätt att förmedla kärlek oberoende vårdkontext.

2.6 Samarbete och mångprofessionalitet

Enligt Eriksson och da Silva (1991) kan det i förhållandet patient – vårdare vara så att vårdarens livsåskådning inte stämmer överens med patientens. Där kan det bli utmanande för vårdaren att plocka fram en förmåga till förutsättningslös reflektion över olika andliga och religiösa fenomen oberoende av egen åsikt. Det är därför enligt Eriksson och da Silva (1991) viktigt att vårdaren har kunskap från olika discipliner för att förstå de begär, behov och problem patienten upplever i relation till olika livsåskådningsfrågor. Byrne (2007) betonar vikten av en integrering av vård och samarbete mellan olika discipliner, speciellt när det kommer till den palliativa vården.

Sjukhussjälavårdarna ingår i ett multidisciplinärt team där själavårdaren anpassar arbetet till kraven i verksamhetsmiljön, bygger nätverk och idkar yrkesövergripande samarbete med olika aktörer (Evangelisk-lutherska kyrkan, 2021). Svedberg anser att ett arbete i gruppkonstellationer långt handlar om anpassning. Han fortsätter med att det finns risk att en person anpassar sig för mycket eller för litet vilket kan bero på människans behov att känna sig älskad, sedd och tillhöra en gemenskap. I mindre

grupper finns det goda möjligheter för alla att uttrycka sig, få feedback, diskutera och fråga upp kring oklarheter. En mindre grupp kan till skillnad från en stor grupp vara mindre formell och behålla en flexibilitet i strukturen där alla har möjlighet att bli sedda och förstådda. (Svedberg, 2012). Professionella från olika discipliner kan enligt Byrne (2007) förbättra kommunikationen, ge varandra stöd och hjälpa varandra att hållas uppdaterade och därmed fördjupa sin praktik.

I ett team behövs en teamledare som har en samordnande funktion även om arbetarna långt kan styra över sig själva vilket kan resultera i en högre produktivitet och större arbetstillfredsställelse (Svedberg, 2012). Hela teamorganisationen bygger på en tro på den goda arbetsgruppen med eget ansvar där arbetslagets roll, styrning och utveckling står i centrum. I en ideal värld består teamet av kompetenta, självgående och flexibla medarbetare som gärna kan gå in i varandras arbete med kollektiv kompetens och gemensamt engagemang. Ett fungerande team kräver tid och en stabilitet i gruppen. De behöver tid att utveckla arbetsformer och relationer för att kunna samarbeta och ta ett gemensamt ansvar. Ett team fokuserar oftast på större helheter som exempelvis holistisk vård jämfört med fokus på ett brott. (Svedberg, 2012). Svedberg (2012) fortsätter med att chefens roll blir att stödja och motivera sina medarbetare att känna delaktighet och ta ansvar. Chefen skall inte själv fatta beslut, utan skapa en miljö och ett sammanhang så att goda beslut tas ur ett mångsidigt perspektiv. Från teamet får den enskilde medarbetaren en tydlig social tillhörighet vilket på sikt eventuellt kan motarbeta överbelastning och utbrändhet. (Svedberg, 2012).

De negativa aspekterna med teamarbete är att den individuella specialkompetensen kan bli svårare att underhålla och utveckla i tvärvetenskapliga team. I vissa fall kan ett team även bli överrepresenterat av en viss yrkesgrupp, vilket kan göra att teamet inte fungerar optimalt. Ett annat problem som kan uppstå är att teamet växer sig för starkt, blir för självständigt, börjar leva sitt eget liv och vill därför bryta sig loss från moderorganisationen för att gå sin egen väg i motsatt riktning. I dessa fall behöver ledningen se över situationen och chefen får kräva att gruppen rättar sig in i leden eller se till att den ”knoppas av” och lämnar organisationen (Svedberg, 2012).

3 Teoretiska utgångspunkter

Som teoretisk utgångspunkt används två två huvudsakliga källor: Modellen om teamledarskap sammanfattad av Peter G. Northouse och Kerstin Sivonens doktorsavhandling *'Vården och det andliga – en bestämning av begreppet andlig ur ett vårdvetenskapligt perspektiv'*.

3.1 Teamledarskap

Team är organisatoriska grupper av medlemmar som är beroende av varandra. Medlemmarna delar gemensamma mål och koordinerar aktiviteter för att uppnå de uppsatta målen. Northouse hänvisar till tidigare gjord forskning som fokuserat på effektiviteten i team. Det har visat sig att effektiviteten, tack vare teamarbete, har ökat markant inom exempelvis produktion och resurshantering. Bättre beslut har tagits, problemlösningen har fungerat bättre, en större innovation och kreativitet har även uppkommit genom teamaktivitet. (Northouse, 2010).

Studier har även visat vikten av att förstå ledarskapets roll inom teamet för att säkerställa framgång. Antingen behöver teamet en ledare eller så kan ett team bestå av ett delat ledarskap mellan flera personer. Om ledarskapet brister eller inte finns påverkar det teamets resultat negativt. Effektiva team-ledare behöver kunna diagnostisera eventuella problem i teamet och agera i enlighet med dem för att rätta ut problemen. Kommunikationsfärdigheter blir där en förutsättning. (Northouse, 2010).

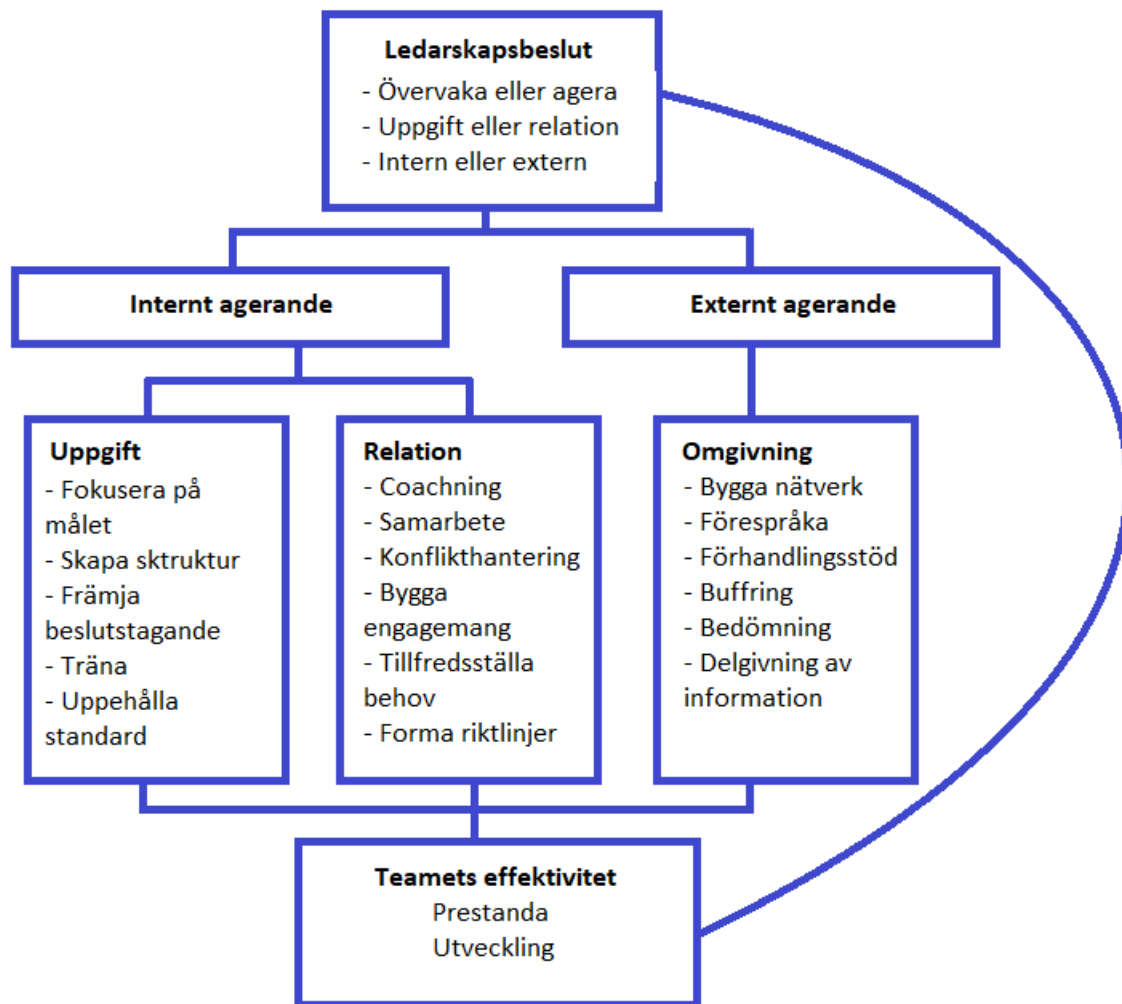
När ett problem uppstår behöver ledaren kunna analysera situationen och bilda sig en mental uppfattning om problemets innehåll. Detta sker oftast genom observation. När ledaren fått en uppfattning om problemet kommer nästa steg där ledaren bör beakta omgivningens, organisationens och resursernas eventuella påverkan på problemet. I detta behövs en flexibilitet i ledarens beteende och kunskap att möta teamet på rätt nivå i förhållande till problemet. Ledaren har rättigheter att ingripa i olika situationer och bör ta nödvändiga åtgärder för att lösa problemet och komma tillbaka till att säkerställa teamets effektivitet. Där är det av yttersta vikt att ledaren visar diskretion kring vilka interventioner och lösningar som görs för teamets bästa. Lösningarna och fokus för problemlösningen varierar beroende på situation och kan antingen ligga i själva gruppen eller utanför gruppen och ledaren behöver kunna förutse eventuella kommande problem som kan uppkomma som resultat. Med andra ord kan problemet och lösningarna vara interna (uppgifts- eller relationsorienterade) eller externa (omgivningsorienterade). (Northouse, 2010).

I figur 1 beskrivs teamledarskapsmodellen med olika lådor som symboliserar val som ledaren behöver göra. Det första valet handlar om de övergripande besluten ledaren behöver ta för att vet hur problemet skall hanteras. Kan ledaren fortsätta att observera och övervaka teamet eller behövs ett ingripande? Vilken typ av problem det rör sig om. Är problemet uppgiftsrelaterat, relationsrelaterat eller omgivningrelaterat? (Northouse, 2010).

Oberoende om det är interna eller externa problem handlar ledarens roll om att först observera och samla information för att nå förståelse. Informationen bör analyseras, strukturera och tolkas för att därefter kunna agera enligt behov. Ledaren kan även be om respons från teamet eller andra utomstående parter i nätverkssammanhanget för att fördjupa informationssökningen. De individuella medlemmarna i teamet kan även bidra med övervakning och diagnostisering av de interna problemen, vilket kan vara till hjälp för ledaren i att ta rätt beslut om vidare agerande. (Northouse, 2010).

Om ledaren kommer till att problemet är ett internt problem blir nästa steg att fundera på ifall problemet är uppgifts- eller relationsorienterat. En teamledare behöver beakta både teamets arbetsuppgifter och de relationella aspekterna i teamet, eftersom goda relationer och ett underhåll av dem behövs för att nå goda resultat i olika uppgifter. Ifall teamet är produktivt och får saker gjorda påverkar det i sin tur positivt på relationerna i teamet. De uppgiftsrelaterade och relationella delarna går hand i hand med varandra och är viktiga för teamets effektivitet på arbetet. Beroende på var problemet befinner sig finns olika former av agerande som ledaren kan använda sig av. Om problemet är uppgiftsorienterat kan ledaren fokusera på t.ex. målsättningarna, organisera, strukturera, planera, klargöra, informera, fortbilda, utveckla och konfrontera individuella arbetare ifall deras prestationer är svaga jämfört med medelsnittet. Om problemet är mer relationsorienterat kan ledaren t.ex. kollaborera, involvera, handleda, visionera, socialisera, uppmuntra, belöna, stöda, visa tillit och forma etiska och principiella praktiker. (Northouse, 2010).

Om ledaren kommer till att problemet är externt kan ledaren välja att t.ex. bygga allianser, öka teamets influerande, förespråka teamet, representera teamet utåt till omgivningen, förhandla med ledningen för att få tillräckliga resurser, skydda teamet från distraktioner och dela relevant information från omkringliggande påverkande faktorer. (Northouse, 2010).



Hill's modell för teamledarskap

Figur 1. Modell för teamledarskap, egen översättning (se Northouse, 2010:244)

Teamledarskap är komplext och det finns inga enkla recept för att uppnå lyckat resultat. Team med klara målsättningar, en standard för arbetet, effektiva strukturer och kunskap att fatta beslut har en högre prestanda. Team som kan hantera konflikter, samarbeta tillsammans och bygga engagemang har goda relationer. Team som är sammankopplade med omgivningen och samtidigt skyddade från den kommer att vara mer produktiva. Det är ledaren som främjar detta genom att ta till rätt åtgärd i rätt tid genom att balansera de interna och externa kraven inom och utanför teamet. Effektivt teamledarskap ser till de gemensamma målsättningarna, visar på teknisk kompetens, upprätthåller ett kollaborativt klimat, sätter prioritetsordning på uppgifter, bygger självförtroendet hos medlemmarna och ger dem autonomi att använda sig av sina gåvor och talanger när möjlighet ges. (Northouse, 2010).

3.2 Andlig ur ett vårdvetenskapligt perspektiv

Kerstin Sivonen (2000) har skrivit sin doktorsavhandling om ämnet andlighet ut olika perspektiv inom den vårdvetenskapliga traditionen. Hon presenterar i sin avhandling en bred beskrivning av begreppet och belyser begreppet "ande" och "andlig" ur ett semantiskt perspektiv, ett vårdvetenskapligt perspektiv och ett kontextuellt perspektiv. Sivonen beskriver nio olika idémönster kring den andliga dimensionen som fanns under vårdvetenskapens preteoretiska period. Idéhistoriska mönster ger kontur till den vårdvetenskapliga tesen om människan som religiös varelse där det andliga innehåller ett djup och en mängd olika betydelser. Den nionde och sista kategorin är att det andliga finns som ett speciellt behov inom den lidande människan även om det belyses knapphändigt i historiska källor. Den lidande människan artikuleras i de andliga behoven och vårdarens egen hållning till Gud, tro och religion ses i vårdvetenskapens prehistoriska period som en andlig kvalitetsfråga i vården. (Sivonen, 2000).

3.2.1 Andlighet i själavård

Sivonen hänvisar till Rohde som nämner själavård som det svåraste kapitlet i vården av de sjuka. Enligt Rodhe är det omöjligt att undgå insikten att vården inte endast handlar om den sjukas kroppsliga lidande. Sivonen hänvisar även till Maggs, Nylander och Tolonen. Enligt Maggs beaktades andlighet i en historisk kontext endast ifall läkaren ordinerade det. Nylander menade att sjukskötaren kunde undvika andligt obehag genom ett gott bemötande och Tolonen nämner hur patienter fick andlig näring genom gemensamma morgonandakter i Finland i början på 1900-talet. Sivonen tar vidare upp Tolonen som citerat uttalanden som visar att tron på Gud kan ge förtröstan till såväl patient som anhörig. (Sivonen, 2000).

Enligt Sivonen tas frågan om sjukhussjälavård upp i Svensk sjukskötersketidning år 1911 där pastor Norrby hade fokuserat på patientens syndanöd, frälsningsbehov och behovet att kunna vila i det eviga. Det hade gett en reaktion hos Peterson som efterlyste större insatser av sjukhusprästen i och med sjuksköterskornas brist på tid, kraft och intresse för själens lidande, längtan efter klarhet, frid och vägvisning. Sivonen hänvisar även till Norling som påpekar att andliga frågor borde läras ut till sjuksköterskeelever och Fischer menade att deltagandet i gudstjänster och andakter inte räckte till för mötet mellan sjukskötaren och patientens andliga och religiösa behov. Därför föreslogs samtal kring Guds ord som ett sätt att vägleda sjuksköterskestuderanden till personlig andlig mognad och skapa beredskap att möta lidande människor. (Sivonen, 2000).

Sivonen tar även upp nyare tankar från 1987 av Guillén som menar att vårdarens personliga gudsupplevelse är en förutsättning för att bli medveten om lidande människors rop. Om en vårdare har ett dött eller svagt andligt liv kan det vara svårt att uppfatta medmänniskans andliga signaler. En människans andliga behov kan exempelvis komma till uttryck genom upplevelser av obehag, mörker, syndanöd och hopp om underverk. När detta behov möts och människan upplever sig få andlig näring uppfattas det ge mod och styrka. (Sivonen, 2000).

3.2.2 Andlighet som behov, begär och nöd

Sivonen berör det andliga som ett mänskligt begär, behov och nöd och hänvisar till Eriksson och da Silva som beskriver det andliga begäret som den innersta drivkraften i människan. De menar att begär är en längtan efter sinnesro, livslust och glädje i stunder när människan befinner sig i t.ex. ångest, fruktan och förtvivlan, synd, skuld känsla, förkastelse eller brist på orientering och sammanhang i livet eller tvivel på liv efter döden. Sivonen fortsätter med att begär behöver näring och människan söker efter mening. Sökandet i sig kan ses som en resa efter riktning i livet. Under resans gång kan livet fyllas med olika känslöstämningar som kan ses som hjärtats sökande efter Gud som ett tidlöst och universellt fenomen eller som ett sökande efter sanning och svar på existentiella frågor. Människans sökande är högst personligt och någonting som berör hennes djupaste innersta existens. Sivonen tar upp tre olika steg av Simsen i sökandet efter mening där det första är att beskriva betydelsen av livsomständigheterna (*find meaning*), sedan fundera på att komma igenom omständigheterna (*experience meaning*) och till sist se det som ligger framför och hoppas på det (*anticipate meaning*). För vissa kan den religiösa tron hjälpa till på vägen i sökandet efter mening, medan det för andra kan bli ett hinder på vägen framåt. (Sivonen, 2000).

Enligt Sivonen beskrivs de andliga behoven som det egna jagets djupaste begär som kan störa människans relation med Gud. Människans andliga behov även kan ses som en tillfällig brist, vilket människan själv behöver tid till att definiera vad bristen kan förknippas med. Exempel kan var skuld, sökande efter förlåtelse, försoning, ensamhet eller smärta. Andliga behov kan även ses som nödvändiga för andlig utveckling och ett inledande eller upprätthålla en relation med Gud och de upplevelser av kärlek, förlåtelse, hopp, mening och mål tron ger. Människans andliga behov och deras näring har uppfattats som betydelsefulla speciellt under sjukhusvistelse. (Sivonen, 2000).

Ibland kan beskedet om en allvarlig sjukdom utlösa en inre kamp vilket kan utvecklas till en andlig nöd hos patienten och genomsyra hela hennes varelse. Andlig nöd kan innefatta bekymmer om livets eller dödens mening. Nöd kan också synas som ett upplevt tillstånd där någonting stör tros- eller värdesystemet och hindrar människans hopp och styrka vilket leder till lidande och tomhet. En patient som blir lämnad utan andlig vård lämnas ensam i sin andliga kamp. Sivonen hänvisar till Davis som menar att oidentifierad andlig nöd kan vara orsak till att målen för vården inte nås. Detta förklaras med exemplet att andlig smärta kan göra smärtlindring ineffektiv. (Sivonen, 2000).

Sivonen hänvisar till Sears & Greene som menar att patienter kan behöva hjälp av en vårdare eller präst i att använda sin tro eller religion i en nödsituation, speciellt ifall vårdaren eller prästen är känslig för hur Gud kan integreras i människans kamp. Sivonen hänvisar även till Berggren-Thomas & Griggs som poängterar vikten av att komma ihåg att en utomstående part inte kan veta vad som är bäst för en medmänniskas själsliga integrering. Sivonen kommer in på vårdandet där hjälp kan ses som kärlek, omsorg, närhet, lyssnande och frihet som kan vara till hjälp i att finna svar. (Sivonen, 2000).

3.2.3 Andlighet som en del av människan

Människan är i den vårdvetenskapliga kontexten en enhet av kropp, själ och ande. Med andra ord betonas inte de olika delarna, utan helheten. Sivonen granskar ändå de olika delarna för tydlighetens skull och menar att det finns en synonym mellan begreppen kropp och ande, medan andlig däremot ses som ett motsatsord till kropp och det kroppsliga. I vissa fall ses det andliga som okroppsligt eftersom många inte uppfattar beröring av patienten som ett vidrörande av anden. Sivonen fortsätter att granska relationen mellan ande och själ och menar att de ses som nästintill synonymer, men att det även finns motsatser. Det själsliga kan avse det psykiska, mentala och inre medan det andliga i historien ses som tillhörande gudfruktighet, mildhet, godhet och andra egenskaper som hör samman med människans ande. Ordet ”*anda*” är ännu ett ord som tangerar andlig, men kan betecknas som en känsla av innerlig känsla för någonting. Känslan kan vara av religiös art och förena sjukskötare för exempelvis en viss uppgift som kan ses som ett kall. Det andliga som idé i den prevetenskapliga epoken berör de språkliga dimensioner som kopplar till uppbyggelse, anda, den helige Anden, sinnelag, kynne och håg. Även det religiösa betonas starkt och hänger samman med det vårdvetenskapliga grundantagandet att människan är en religiös varelse, även om alla inte bejakat denna dimension. (Sivonen, 2000).

I Sivonens idéhistoriska granskning av begreppet andlig i kontexten kristet-religiös beskrivs begreppet vid tiden för sekelskiftet som gemenskap mellan Gud och människa, en person som är uppfylld, genomträngd, inspirerad och ledd av den helige Ande, patientens och vårdarens andliga behov i relation till Gud. Ett begrepp som knyts till vårdvetenskapen behöver harmonisera med den vårdvetenskapliga ontologin. *Ande* som begrepp är knutet till den vårdvetenskapliga människobilden. Ordet ande och andlig tangerar även betydelserna av orden vålnad, spöke, gengångare och demon som i sig inte harmonierar med det vårdvetenskapliga tänkandet. Om begreppet andlig däremot ses som ett kliniskt vårdvetenskapligt begrepp där patientens upplevelser, behov och önskemål kommer till uttryck, kan det ockulta aktualiseras som en betydelsefull faktor i patientens aktuella livsförståelse. I och med begreppet andlig öppnas det vårdvetenskapliga intresset för människans inre värld med alla dess frågor och kraftkällor som där finns. Förutom detta blir människans värdighet, anda, etisk hållning hos vårdarna och atmosfären i vårdkulturen centrala meningsbärande faktorer i det vårdvetenskapliga begreppet andlig. (Sivonen, 2000).

Begreppet *andlig* har flera olika dimensioner och ansikten. Begreppet ses som en egen kategori som är skild från psykosociala, emotionella och biofysiska kategorier. Andligheten kan inte förbises i vårdandet eftersom det är en del av människans innersta väsen. Människans gudsrelation till Gud eller abstrakt annan kan ses som centralt för begreppet *andlig*. Vårdandet i sig anses även som andligt även om det finns olika meningar om vad det betyder. ”I ett vårdvetenskapligt perspektiv blir det särskilt betydelsefullt att människans innersta längtan efter ande kan vara förknippad med det semitiska tänkandet bakom ande-begreppet: att längta efter omvårdnad, godhet, ömhet, betjäning.” (Sivonen, 2000:315).

4 Beskrivning av forskningsprocessen

Forskningsprocessen utgår från två huvudsakliga delstudier där begreppet *själavård* analyseras med hjälp av de två begreppsanalyserna enligt Koort och Rodgers. Intervjuerna genomförs och analyseras med kvalitativ innehållsanalys. Resultatet från den kvalitativa innehållsanalysen fokuserar på den praktiskt upplevda dimensionen av andlighet och själavård i sjukhuskontext.

4.1 Syfte och forskningsfråga

Studiens syfte är att fokusera på patienten som människa i det mångprofessionella vårdteamet och se på hur ledarskapet kan ta tillvara själavårdens resurser som en del i den mångprofessionella vården. Detta görs för att främja patientens holistiska omvårdnad. Där uppkommer forskningsfrågan: Hur kan ledningen ta tillvara själavårdens resurser bland det mångprofessionella teamet för att främja en holistisk vård?

4.2 Design och kontext

Forskningen görs som en del i ett beställningsarbete från sjukhussjälavårdare i ett regionsjukhus på Finlands västkust. Beskrivningen för arbetet gav fria ramar och möjligheter att formulera studien enligt eget intresse. Studien utgår från den kvalitativa metoden med en induktiv ansats och görs som två delstudier med en begreppsanalys av begreppet *själavård* och en kvalitativ innehållsanalys av utförda intervjuer.

Den kvalitativa metoder valdes för studien eftersom den möjliggör observerande studier i personers naturliga miljö och söker att förstå individens syn inom ett specifikt område (Bowling, 2014; Forsberg & Wengström, 2016). Den kvalitativa metoden passar till att gå på djupet inom komplexa områden (Bowling, 2014), vilket rimmar väl med ämnet själavård och mångprofessionalitet i denna studie. Den induktiva ansatsen utgår från data eller text som i denna studie består av transkriberade intervjuer (Graneheim et.al, 2017) vartefter det byggs vidare med idéer, frågeställningar och generella antaganden (Bowling, 2014). Tidigare forskning speglas och jämförs mot forskningsresultatet och forskningsfrågan som skall prövas (Bowling, 2014). Det induktiva arbetssättet innebär att data sammanförs till allmänna principer som kan leda vidare till utvecklandet av en teori om ett visst fenomen (Forsberg & Wengström, 2016). För att samla in material har jag valt att utföra individuella intervjuer. Avsikten med intervju är att genom ett ledsagat samtal få förståelse kring vilken mening en person sätter på en viss händelse eller

ämne (Forsberg & Wengström, 2016). Intervjuerna i studien görs på ett semistrukturerat sätt med sjukvårdspersonal som samarbetar med själavården. Den semistrukturerade intervjun innehåller i detta fall fem frågor:

1. Berätta om ditt arbete.
2. Hur ser ditt samarbete ut med andra yrkesgrupper?
3. Vad betyder personcentrerad vård för dig utgående från ditt arbete?
4. Vad har du för tankar om själavård?
5. Är det någon stödjande insats du skulle behöva från ledarskapet med tanke på ditt arbete/samarbete med andra yrkesgrupper?

De olika frågorna ställs i varierande ordningsföljd beroende på intervjuens framskridande (Forsberg & Wengström, 2016). I intervjun möjliggörs att få svar på specifika frågor samtidigt som det ger utrymme för flexibilitet att gräva djupare och tillåta respondenten att öppna upp nya frågeställningar som kan vara relevanta för studien (Bowling, 2014). Dessa intervjuer spelas in med hjälp av smarttelefon och transkriberas innan helheten av det nerskrivna intervjumaterialet analyseras med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Eftersom deltagarantalet i studien var tre frivilliga informanter görs som tillägg till intervjustudien en begreppsanalys om begreppet ”*själavård*”. Den samlade litteraturen jämförs med intervjureultatet.

4.2.1 Begreppsanalys

Enligt Forsberg och Wengström (2016) avser ett begrepp hur vi benämner upplevelser, erfarenheter och fenomen. Begreppsanalyserna som används är den semantiska analysen som utformats av Koort beskrivs och beskrivs av Sivonen et al (2010) samt Rodgers begreppsanalys som beskrivs av Tofthagen & Fagerström (2010).

Koorts metod för begreppsanalys har vidareutvecklats inom vårdvetenskapen och är en hermeneutisk metod med syfte att fördjupa förståelsen av ett visst begrepp (Sivonen et al, 2010). Begreppsanalysen enligt Koort görs genom att först välja ut ett begrepp för analys (Sivonen et al, 2010). I denna studie har begreppet ”*själavård*” valts som är ett sammansatt ord av ”*själ*” och ”*vård*”. Ordböcker och annan relevant litteratur studeras systematiskt med syftet att förtydliga och öka förståelsen av de konkreta fenomen som begreppet innefattar (Forsberg & Wengström, 2016; Sivonen et al, 2010). Det finns olika steg i begreppsanalysen som beskrivs av Forsberg och Wengström (2016) i tre delar:

1. En etymologisk analys som utforskar begreppets ursprung och hur begreppet förändrats över tid.
2. En semantisk analys som strävar efter kunskap om begreppets betydelse och ifall det finns enighet eller oenighet om begreppets betydelse.
3. En diskriminationsanalys som görs om det rådet olika meningar om ett begrepps betydelse. I diskriminationsanalysen ställs begreppet, närbesläktade begrepp och synonymer mot varandra för att göra en analys och tolkning. (Forsberg & Wengström, 2016:32).

Resultaten från diskriminationsanalysen jämförs med fynden från den etymologiska analysen. För att ännu fördjupa förståelsen av begreppet relateras tolkningen till det teoretiska perspektivet som används i studien, vilket kan generera behov av vidare forskning. Med hjälp av den semantiska analysen kan det visa sig att ett begrepps betydelse skiljer sig åt från den allmänna uppfattningen om begreppet inom ett visst vetenskapsområde som t.ex. vårdvetenskapen. (Sivonen et al., 2010)

Rodgers analysmetod är en induktiv metod som fokuserar på analys av skriven text och begreppets användning i det valda materialet (Toftthagen & Fagerström, 2010). Enligt Rodgers utvecklas begrepp med tiden och genomgår ständigt en dynamisk utveckling genom att formas av det sammanhang begreppet används i (Toftthagen & Fagerström, 2010). Analysmetoden beskrivs av Toftthagen och Fagerström (2010) i tre stadier där det initiala stadiet innefattar val av begrepp, begreppets kontext och insamling av data. Det andra stadiet innefattar den huvudsakliga analysen av begreppet och granskar dess eventuella substitut, föregångare, attribut, exempel och konsekvenser. Det tredje stadiet innefattar frågor för vidare analys av begreppet. Precis som i begreppsanalysen enligt Koort fokuserade begreppsanalysen enligt Rodgers på begreppet *själavård*.

4.2.2 Kvalitativ innehållsanalys

Den kvalitativa innehållsanalysen valdes som metod för att analysera intervjumaterialet (Graneheim et al, 2017). I den kvalitativ innehållsanalys tas ställning till ifall analysen skall fokusera på manifest eller latent tolkning och innehåll. Skillnaden mellan manifest och latent är att det manifesta innehållet beskriver det synliga medan analys av det latent innehåll beskriver i högre grad vad innehållet säger ”mellan raderna”. Med andra ord innehåller det latent innehåll en större grad av tolkning jämfört med det manifesta (Graneheim & Lundman, 2004). I den studien berörs både det manifesta och latent innehåll i och med att analysen går från manifest till ett latent innehåll. (Graneheim et al, 2017).

I innehållsanalysen finns olika delar att beakta så som meningsbärande enhet, koder, subkategori, kategori och tema. En meningsbärande enhet är en sammansättning av ord eller uttryck som relaterar till den centrala meningen. Denna meningsbärande enhet genomgår en vidare process, så kallad abstraktion, som handlar om ett fortsatt steg i analysen där den meningsbärande enheten kondenseras utan att förlora sin meningsbärande kärna. Resultatet av abstraktionen leder till kategorier och teman på olika nivåer. (Graneheim & Lundman, 2004). Det finns även koder som kan underlätta analyseringen av materialet, men i denna studie valdes koderna bort eftersom materialet gick att hantera med hjälp av subkategorierna och kategorierna.

Skapandet av kategorier och tillhörande subkategorier är ett av målen med innehållsanalysen. En kategori är en grupp av meningsbärande innehåll som delar något gemensamt. Kategorier bör vara uttömmande och exkluderande till varandra. All data bör med andra ord passa in i någon kategori och får inte falla igenom. Data får inte passa in i flera olika kategorier utan bör hålla sig till en kategori som svarar på frågan 'Vad?'. Kategorierna hänvisar till den beskrivande nivån i innehållet och kan ses som ett uttryck för det manifesta innehållet. (Graneheim & Lundman, 2004). Efter skapandet av kategorier skapas ett tema i studien som länkar samman kategorierna till en större helhet. Ett tema kan ses som något vanligt återkommande som inte är en sak eller objekt. Tema svarar på frågan 'Hur?' och kan ses som ett uttryck för det latent innehåll i texten. (Graneheim & Lundman, 2004).

Under analysen börjas det först med sortering av det manifesta innehållet för att sammanställa kategorier och subkategorier. När de meningsbärande enheterna sorterats och ordnats till kategorier formuleras ett tema, varefter kategorier och subkategorier ses över för att eventuellt omarbetas ytterligare. Riktningen går från det konkreta materialet till det mer abstrakta och generaliserbara. Den epistemologiska basen i innehållsanalysen är att data och tolkning är skapat gemensamt av intervjuaren, respondenten och tolkningen under analysfasen där en text antas betyda mer än en enda mening. (Graneheim et al, 2017).

4.3 Urval och deltagare

Inklusionskriterierna för intervjustudien är att de personer som deltar i studien skall arbeta inom sjukhuset och har ett mångprofessionellt arbete som berör själavården. Ålder eller könstillhörighet på respondenterna spelar ingen roll. Personer som flyttat till en annan arbetsplats eller inte samarbetar med själavården exkluderas ur studien. Deltagarantalet i intervjustudien blev tre personer ut personalstyrkan där alla arbetar inom olika områden i den valda sjukhuskontexten.

Till Koorts begreppsanalys inkluderas svenskspråkiga ordböcker oberoende publiceringsår. Som litteratur till Rodgers begreppsanalys används vetenskapliga artiklar, kommentarer och essäer från EBSCO (Academic Search Elite) och Cinahl. Använda sökord är *care of souls* OR *pastoral counseling* AND *health care*. Artiklarna skall vara full text, publicerade mellan 2017 – 2022, peer reviewed och akademiska artiklar skrivna på engelska. Texterna skall tangera både själavård och vård. Artiklar som endast handlade om andlighet eller kristen etik exkluderades. Med dessa sökkriterier hittades 199 artiklar varav 25 artiklar valdes ut på basis av ämnesord. Efter genomläsning av abstrakt valdes 13 artiklar ut vartefter 6 artiklar användes efter genomläsning.

5 Etiska frågeställningar

I studien har Forskningsetiska delegationens anvisningar från 2012 och 2019 har tillämpats med tanke på forskningsetik. Forskningslov har ansökts från sjukhuset innan påbörjandet av studien. Information om forskningens syfte och hantering av personuppgifter har skickats ut till informanterna på deras modersmål två månader på förhand. En samtyckesblankett har blivit underskriven innan intervjuernas genomförande där båda parterna fått varsitt exemplar. Informanterna har frivilligt deltagit i studien och fått information om möjlighet att avbryta sitt deltagande i studien när som helst under processens gång. Allt insamlat material har behandlats ansvarsfullt och konfidentiellt av undertecknad och handledaren. Efter användning och nödvändig analys har materialet förstörts. Litteratursökning och hänvisningar har utförts med noggrannhet och ärlighet. Resultatet har analyserats och dokumenterats så objektivt som möjligt. Handledaren har informerats om och godkänt olika skeden under forskningen gång. (Forskningsetiska delegationen, 2012; Forskningsetiska delegationen, 2019).

6 Resultat från begreppsanalysen

Begreppsanalysen gjordes först enligt Koorts begreppsanalysmetod. Efter avslutad etymologisk analys övergick analyserandet med hjälp av Rodgers analysmetod.

6.1 Etymologisk analys enligt Koorts metod

Begreppet ”*själavård*” är ett sammansatt ord av orden ”*själ*” och ”*vård*”. Ordet ”*själ*” härstammar från bl.a. fornsvenskans ord ”*siäl*”, ”*sial*”, ”*siel*”, ”*sel*” som påminner om t.ex. danskans ”*sjæl*” och norskans ”*sjel*”. Ordet har inlånat i de nordiska språken i samband med kristendomens införande. Det engelska

ordet ”*soul*” har ett omstritt ursprung men är enligt vissa källor besläktat med grekiskans ord ”*αἰόλος*” som syftar på rörlig. (SAOB, n.d.a).

6.1.1 Själavård som vård

Ordet ”*vård*” härstammar bl.a. från fornsvenskans ”*varþer*” och bl.a. fornengelskans ord ”*weard*” (SAOB, n.b.b). Begreppet ”*vård*” kan syfta på exempelvis skötande, omhändertagande av någon, omvårdnad, omsorg, beskydd, tillsyn och uppsikt särskilt i fråga om Guds omsorg. Begreppet kan även kopplas till omhändertagande och behandling av sjuka, skadade eller överlag hjälpbehövande person i syfte att återföra denna till ett så gott hälsotillstånd som möjligt. Begreppet kan med andra ord vara mer eller mindre synonymt med sjukvård utgående från källor år 1751. (SAOB, n.b.b)

6.1.2 Själavård som person eller verksamhet

Begreppet ”*själavård*” kommer från det synonyma begreppet ”*själasörjare*” eller ”*själesorgare*” som användes från år 1544 och syftar på en kristen präst eller annan jämställd person som bistår en person andligen med samtal och rådgivning (NEO, 1996:122; Aha, 2006:12). Begreppet ”*själasörjande*” användes från år 1635 med syfte antingen på den själavårdande verksamheten eller på personen som utövade själavården (SAOB, n.d.a). ”*Själasörja*” användes från år 1894 och handlar om att vara själasörjare för någon. Ordet ”*själasörjare*” kunde också användas mer allmänt som en betäckning för präst och särskilt i betydelsen kyrkoherde i en församling. ”*Själavårdande*” förekommer från år 1789 med samma betydelse som ordet ”*själasörjande*”. ”*Själavårdande*” har även förekommit år 1784 med syfte på sådant som är av vikt för själen och dess välfärd. (SAOB, n.d.a).

6.1.3 Själavård som en del av kyrkan

Ordet ”*själevård*” förekommer historiskt första gången år 1690 och år 1712 ändrades ordet till ”*själavård*” (NEO, 1996:122; SO n.d.a). Ordet ”*själavård*” används i om den verksamhet som bedrivs av en präst i syfte att bevara och utveckla det religiösa andliga livet antingen i en församling, hos en enskild församlingsmedlem eller som allmän prästerlig verksamhet (SAOB, n.d.a). ”*Själavårdare*” användes år 1725 med variationer som ”*självårdare*” år 1734 och ”*själevårdare*” år 1754. För en kvinnlig själavårdare användes ”*själavårdarinna*” från år 1863 framåt. (SAOB, n.d.a). ”*Själavård*” ses som en aktiv verksamhet inom den kristna kyrkan som eftersträvar och har omsorg om människans psykiska och

andliga eller religiösa liv och hälsa genom samtal, bikt, rådgivning o.s.v. (NEO, 1996:122; SO, n.d.a; Aha 2006:12). ”Själavård” avser även att leda till kristen tro. (Aha, 2006:12)

I de olika ordböckerna och källorna hittades inga synonymer till begreppet och utgående från den etymologiska analysen råder en enighet i begreppets betydelse. Själavården är starkt förknippad med det kyrkliga och förekommer främst i sammanhang av prästens utövande av själavård.

6.2 Begreppsanalys enligt Rodgers metod

I den andra analysdelen användes Rodgers begreppsanalys där sex artiklar analyserades med fokus på att utröna hur begreppet *själavård* har använts i olika källor och sammanhang. I tabell 1 redogörs de olika artiklarna genom att lista författare, publiceringsår, artikelns innehåll (koncept), använd forskningsmetod och vilka referenser som hänvisats till i de valda artiklarna. Gemensam nämnare i artiklarna är att begreppet *själavård* beskrivs med hjälp av olika fokusområden. Exempelvis de Andrade Alvarenga et al. (2021) och Anthony & Heisman (2018) fokuserar på patientens perspektiv och upplevelser, Delgado-Guay (2018) fokuserar på både patienten och vårdarna, Callis (2020) fokuserar på att ta hand om vårdarna och Koss et al. (2018) och Teague et al. (2019) fokuserar på utvecklande av metoder och program för att utbilda och utveckla sjukhussjälavårdarnas kompetens och roll.

Referens	Publicerad	Koncept	Metod/tidsperiod	Disciplin och antal referenser
de Andrade Alvarenga et al.	2021	Andliga behov hos barn och tonåringar med kronisk sjukdom	Kvalitativ beskrivningsanalys med tematisk analys (31 hänvisningar) 2006 – 2020	Vård (12) Metod (4) Tvärvetenskaplig (4) Medicin (4) Psykologi (3) Hälsa (2) Bok (1) Sociologi (1)
Callis	2020	Att vårda sjukskötare	Kvalitativ diskussion (42 hänvisningar) 1964 – 2020	Vård (31) Bok (7) Psykologi (2) Teologi (1) Medicin (1)
Koss et al.	2018	Samarbete mellan kyrka och sjukhus i vård i livets slutskede	Mixed-metod med kvalitativa in-depth och kvantitativa intervjuer (20 hänvisningar) 2001 – 2018	Medicin (14) Metod (2) Vård (1) Bok (2) Religion (1)

Teague et al.	2019	Samarbete och navigering i patientsamtal	Utforskande studie, mixed-metod (23 hänvisningar) 2000 – 2019	Medicin (13) Tvärvetenskaplig (3) Religion (3) Sociologi (2) Vård (1) Metod (1)
Anthony & Heisman	2018	Att hantera missfall med pastoral omvårdnad	Kommentar (6 hänvisningar) ? - 2014	Medicin (2) Bibeln (1) Katolska katekesen (1) Magasin (1) Tvärvetenskap (1)
Delgado-Guay	2018	Lindra lidande genom en helande omgivning	Kvalitativ (45 hänvisningar) 1999 – 2017	Vård (17) Medicin (20) Psykologi (3) Tvärvetenskaplig (2) Religion (1) Sociologi (1) Hemsida (1)

Tabell 1.

6.2.1 Själavårdens substitut

Själavård som begrepp hölls i fokus under analysens gång. Begreppet *själavård* har redan i den etymologiska analysen konstaterats ha fokus på människans inre, själens välfärd och det andliga inom människan som en helhet av kropp, själ och ande. I regel används *själavård* inom den kristna kontexten och har enligt Koorts begreppsanalysmetod inte några synonymer i ordböcker eller andra källor. Med hjälp av Rodgers begreppsanalysmetod hittades ord eller meningsinnehåll som uttryckte eller användes i stället för ordet *själavård* vilka finns listade i tabell 2. Substituten sågs som ha kontakt med det heliga, te för själen, närvaro av en pastor, pastoral omvårdnad, att närma sig Kristi hjärta, att balansera sin tro med allt runtomkring människan, involverande av en pastor, andlig vård i religiösa sammanhang, vidröra heliga platser i själen, en länk till helande genom medicinskt team i kombination med religiösa sammanhang. Det religiösa ses här som kristet-religiös.

6.2.2 Själavårdens relaterade termer

I samband med kartläggningen av substituten listades även relaterade termer som relaterar till begreppet *själavård*, men som uttrycker lite av en annan mening. Exempelvis användes andlighet, andligt välmående, andligt stöd och andlig vård i flertalet artiklar, vilket kan syfta på *själavård* samtidigt som det även kan ha en helt annan innebörd än den kristna *själavården* som är i fokus för avhandlingen.

Relaterade termer fokuserade på andlighet i form av andlig vård, andlig vägledning, andligt trauma, andligt stöd, andliga behov, andligt välmående, existentiella frågor, religiösa och andliga trosuppfattningar, religiös eller andlig kris och person som förser andlig vård sågs nödvändigtvis inte som innehållande av en kristen dimension. Detsamma gällde de relaterade termerna trygg plats för reflektion och feedback, terapeutisk kommunikation, balansera medicin och religion, religiös personal, interpersonlig kommunikation, kallad att hela sår, bruten själ, helande omgivning, relation med det heliga, koppla ihop den brutna själen med en högre makt eller Gud, att vidröra själen och lyfta upp den brutna själen. De relaterade termerna kan ses ur en medicinsk, allmänreligiös eller kristen kontext, men kan även syfta till annat än *själavård*.

Referens	Koncept	Substitut	Relaterade termer
de Andrade Alvarenga et al.	Andliga behov hos barn och tonåringar med kronisk sjukdom	Ha kontakt med det heliga	Andligt välmående; Andlig vård; religion eller andlighet på vägen genom livet; religiösa eller andliga trosuppfattningar; existentiella frågor; tro på Gud
Callis	Att själavårda sjukskötare	Te för själen; skapa ett heligt utrymme; fysisk och andlig närvaro av en pastor; heligt möte	Andligt välmående; andligt trossystem; andlig insikt som en källa till styrka; trygg plats att reflektera och ge feedback; terapeutisk kommunikation
Koss et al.	Att balansera tro (kyrka) och medicin (sjukhus) i vård i livets slutskede	Pastoral omvårdnad; att balansera tro, Gud och människor runtomkring; pastoral närvaro	Att adressera andliga behov; interreligiös mission (<i>mission of interfaith</i>); stå med ett ben i religion och det andra i medicin; balansera medicin och religion; andlighet
Teague et al.	Samarbete och navigering i patientsamtal utförda av en präst	Pastor/patientnavigator; involverande av pastor; en pastor som tröstare och medlare	Religiös personal; patientnavigator; interpersonlig kommunikation; andlig vård; person som förser andlig vård; stöd och andlig vägledning
Anthony & Heisman	Att hantera missfall m.h.a. en pastor	Pastorn guidar mot Gud; pastoral omvårdnad; att närma sig Kristi hjärta	Andligt trauma; andligt stöd
Delgado-Guay	Lindra lidande genom en helande omgivning	Att vidröra heliga platser i själen på varje människa; andlig vård från religiösa sammanhang; en länk till helande genom medicinskt team och religiösa sammanhang	Kallad att hela sår; religiös eller andlig kris; bruten själ; existentiell och andlig oro och lidande; andlig vård; andligt välmående; helande omgivning; andlighet och/eller religion som en källa till styrka; relation med det heliga; andlig eller religiös tro;

			andlighet; koppla ihop den Brustna själen med en högre makt eller Gud; att vidröra själen, lyfta upp den Brustna själen
--	--	--	---

Tabell 2.

6.2.3 Själavårdens föregångare

Som fortsättning på analysen (se bilaga 1) granskades även ord som uttryckt händelser eller fenomen som associerats med begreppet *själavård* tidigare (föregångare). I artiklarna som användes till Rodgers begreppsanalys fanns inga tydligt nämnda föregångare, men utgående från förkunskapen om begreppet plockades vissa föregångare ut som eventuella möjligheter av tidigare användning. Utgående från den förståelsen valdes exempelvis religiös och andlig vård som en föregångare. Samma termer fanns även inom kolumnen för relaterade begrepp, vilket kan ses som en motsägelse, men utgående från den historiska förståelsen om att kyrkan hade en stark roll i samhället kan religiös och andlig vård finnas belägen i den kyrkliga kontexten utan motsägelser.

6.2.4 Själavårdens attribut och konsekvenser

Fokus sattes även på att beskriva vad som karaktäriserar *själavård* i praktiken och vad som möjliggör identifiering av begreppet *själavård* i olika situationer (attribut) och vilket resultat praktiserandet av *själavård* medför (konsekvenser). Attributen som framkom i begreppsanalysen kan delas in i två olika delar: (1) patientens olika uttryck för behov av *själavård* och (2) hur personalen kan svara på patientens behov.

Patienten kan exempelvis ha behov av mening och mål, behov att uppehålla hopp, behov att uttrycka tro och utöva religion, behov av bekvämlighet i livets slutskede, behov att ha kontakt med familj och vänner, behov av relation med Gud, känslomässiga behov, behov att uttrycka och utforska känslor. Personalen som vårdar patienten kan där vara närvarande och försöka förstå patienten och förmedla en tillämpbar respons och hantera svåra händelser, vara ett känslomässigt stöd, ge verktyg till patienten att ta hand om sig själv, visa medlidande, främja reflektion, bygga upp ett moraliskt mod och en psykisk och andlig integritet. Personalen kan sträva efter att vara samstämmig med olika aspekter i patientens liv. Personalen kan även lyssna och ta in situationen och fungera som stöd även för familjen och hjälpa dem att hantera

emotionell smärta och främja den andliga hälsan, skapa perspektiv, identifiera och komma över eventuella hinder (fysiska, själsliga eller andliga) som hindrar tillfrisknande och hälsa.

I vårdpersonalens arbete kommer samarbetet med själavården in som en resurs och hjälp i att försöka nå klarhet och hjälpa patienten och anhöriga att hantera exempelvis andlig smärta och bioetiska frågor. Själavården kan till skillnad från den övriga vårdpersonalen gå in mera på andlig vård som del av den kristna tron med olika interventioner i form av olika ritualer (exempelvis nattvard), tillbedjan, främja möjlighet till mirakler genom bön, vägleda patienten i riktning mot Gud som genom sin kärlek kan förvandla människans tanke, kropp och själ. Själavårdaren kan förmedla frid, tröst och nåd från Gud, lindra lidande vid exempelvis obesvarade böner, hjälpa till att hitta mening, kontakt och förmedla Guds kärlek.

Som avslutning på begreppsanalysen ges även förslag på frågor för vidare analys av begreppet utgående från de olika artiklarna. Eftersom artiklarna fokuserade på lite olika områden av vården och *själavård* presenteras flera olika möjligheter för fortsatt forskning och analys (se bilaga 2). Den vidare forskningen berör patienter så väl som vårdpersonal, själavårdare och samarbetet dem emellan.

7 Resultat från intervjuerna

Resultatet från intervjustudien har sammanställts i form av en tabell (se tabell 3) som är indelad i underkategorier, kategorier och tema utgående från den kvalitativa innehållsanalysen. Analysen resulterade i temat organisatorisk kommunikation med tre huvudkategorier där första kategorin är fokusering med underkategorierna (1) medmänniskan, (2) öppenhet till samtal, (3) relationer och (4) stödformer. Den andra kategorin mångprofessionalitet med underkategorierna (1) samarbete, (2) ledarskap, (3) utrymme att växa och (4) utbildning och fortbildning. Den tredje kategorin medvetenhet med underkategorierna (1) anställdas behov, (2) patientens behov, (3) personcentrering och (4) kulturskillnad.

Subkategori	Kategori	Tema
Medmänniskan Öppenhet till samtal Relationer Stödformer	Fokusering	Organisatorisk kommunikation
Samarbete Ledarskap Utrymme att växa Utbildning och fortbildning	Mångprofessionalitet	
Anställdas behov Patientens behov Personcentrering Kulturskillnad	Medvetenhet	

Tabell 3.

7.1 Fokusering

Som del i en organisatorisk kommunikation finns människorna som utgör organisationen. Inom sjukvårdskontexten behöver kommunikation riktas till och mellan ledningen, vårdarna, patienterna och klienterna. Även andra organisationer som kyrkan och tredje sektorn finns som del i kommunikationsprocessen där patienten står i fokus.

7.1.1 Medmänniskan

Som en förutsättning för kommunikation framkom vikten att se medmänniskan som en unik individ med allt hon är i den situationen hon är som patient, vårdare eller anhörig. I vissa situationer krävs det att man som personal ödmjukt och neutralt ställer sig till sidan och går in för att låta den andra komma fram som

den är. Enligt respondenterna var det omöjligt att jämföra en människa med en annan. I en av intervjuerna framkom behovet att lyssna in personen för att kunna hjälpa på rätt nivå.

”vet du, man rör sig nog på sådana områden att man måste nog som riktigt vara ödmjuk när man pratar om sådana saker och faktiskt läsa mellan raderna hur långt de har kommit i den där processen att man inte sårar dem.”

Både patienter såväl som personal kan ha förutfattade meningar. Ibland kan till exempel sjukeplejaren förväntas vara på ett visst sätt vilket kan utmana relationer. Personalen kan ha förutfattade meningar och förvänta sig att patienten är på ett visst sätt. Ifall personalen har förutfattade meningar kan det möjliggöra övertramp, missförstånd och att personal inte ser patienten eller medmänniskan utan kör över henne med egna tankar och förståelse av situationen.

”man tycker att ”ja, men jag har ju det där svaret på –”... och, ja men, inte hade jag det för det var ju annorlunda. När man bara skulle ha förstått att vara tyst! Men när jag inte kunde vara tyst... man ska vara jättepigg för att orka vara tyst. [...] för det är nog sådär att orka. Det är inget problem att orka köra över någons åsikter eller stackar... det e liksom nog phooff! Ju tröttare man är så det är nog bara att fara och inte reflektera någonting... men att orka vara tyst och invänta på den andres svar. Det är tungt. Och ändå orka lyssna, och våga lita på att det ordnar sig nog.”

I ett samtal där två eller flera personer möts bär respektive parter med sig själva. Det behöver därför finnas en strävan efter att få förståelse trots olikheter och därmed se människan bakom olika uppfattningar. Alla människor bär med sig situationer, händelser och relationer som påverkat deras liv och format deras tro, sammanhang och tankemönster på olika sätt. I mötet med en annan människa sker även ett möte med allt människan bär på i form av rädslor, smärta, glädje, inre lager och saker hon vill dölja.

”sjukeplejare, det är att man ger plats för den andre. När man ger plats åt den andra att våg... att våga vara i det livet med precis vad man har med sig just då som man funderar på. Och det, att kunna skapa ett sådant... nu sitter jag här och visar [gestikulerar], en bricka, ett forum, en öppning och det betyder... så då [...] behövs det jättemycket kärlek, jättemycket

trygghet för att man ska våga vara helt sig själv, för det är så mycket man vill dölja, att ”ja det är nog bra”, och att man vågar vara så smärtsamt som det är i livet då när det är verkligt smärtsamt.”

7.1.2 Öppenhet till samtal

Respondenterna tog fram behovet av lättillgänglighet, öppenhet för samtal och flexibilitet i anordnandet av och skapandet av mötesplatser. Vissa i personalen var ständigt tillgängliga via telefon, medan andra snabbt kunde komma till en avdelning ifall behovet av samtal uppstod, vilket gav flera möjligheter att få kontakt med sjuksköterskan eller annat samtalsstöd av vårdare eller psykoterapeut.

”...telefonrådgivningen har mycket. Jag visar på den där fasta telefonen, men så har jag ju också den lilla telefonen som jag använder. Så jag sitter ju som ganska mycket nog i telefon också, och så... det här, de får ju ringa åt mig, jag har inte på det sättet några tider som de ringer, utan de får ringa när som – är jag upptagen har jag ju förstås på tyst.”

De poängterade att det på förhand kan vara svårt att veta vad som kommer upp i ett samtal och vad som behöver diskuteras. Därför behövs det ordentligt med tid och utrymme för patienten att berätta, beskriva och öppna upp sin egen berättelse.

”Jag har många som kommer som par också. Att det är ju inte bara patienten som ändrar utan det är ju också parförhållandet, familjen, allting blir ju som eh, så mycket... ja, vi går in i ganska många diskussioner på en kort stund här. Och ibland så, så det här... eller på det sättet brukar jag ta, ge möjlighet att ta flera besök så att de hinner smälta allting”

I och med att människor är olika behöver de olika lång tid på sig att i egen takt ta steg vidare. En av respondenterna betonade vikten av uppmuntran i detta. I de olika samtalen som respondenterna fört med patienter framkom att de behandlat svåra ämnen som förutsatte ett aktivt lyssnande, vakenhet i samtalet och kunskap att möta patienten på dennes nivå. I samtalet och i stunden fanns det möjlighet att ge det man som vårdare hade att ge, efter samtalet var möjligheten förbi.

”Men just det där också att man försöker som faktiskt... jag kopplar ju av direkt när jag far härifrån jag. För då känner jag att jag, jag i stunden så ger jag det som de behöver, men

sen så.... och inte kan jag nånting mer än det jag har gett just då. Att när de ringer och frågar så är jag aktiv i det samtalet och ger det jag kan och så, så är det bra.”

7.1.3 Relationer

Det framkom i intervjuerna att relationer kan riktas till andra människor och till Gud utgående från den personliga relationen till sig själv. Dessa tre relationsförhållanden tangerar och samverkar med varandra. I intervjuresultatet framkom behovet av förtroende i förhållande till andra människor, vilket tar tid att bygga upp. Att skapa förtroende är en aktiv och målmedveten process som sker på olika nivåer. En av respondenterna menade att förtroende behöver förtjänas och ofta är arbetet ett fördolt arbete genom olika handlingar. En del av förtroliga relationer sågs som ärlighet, ömsesidighet, trygghet och kärleksfull gemenskap. Tilliten finns som en del av relationer och kan exempelvis riktas till vårdpersonalen, Gud eller anhöriga.

”Och ofta brukar de säga när de insjuknar att, att klart, nu vill läkarna göra precis allting som ska göras för att jag ska bli frisk”

Vårdpersonalen kan stödja patienter i deras olika situation och inge hopp att det kommer ordna sig. Personalen kan även stödja patienten i sin relation med Gud genom att exempelvis ordna andakt, nattvard och uppmuntra till bön. Ett led i stödjandet av gudsrelationen är att erbjuda samtal med själavårdare. Det poängterades att alla inte har behov av samtal med själavårdare, utan behöver andra vårdformer, men i kriser kan behovet av existentiellt stöd uppkomma. En av respondenterna som jobbar inom den palliativa vårdkontexten tog upp patienters syn på livet efter döden och skillnader i vad som händer efter döden. Vissa patienter tror att livet slutar i och med döden, medan andra tror på en fortsättning efter döden. Beroende på patientens tro kan det vara viktigt att få prata om livet efter döden som ett hopp att hålla fast vid. Som kristen vårdare eller själavårdare finns den personliga tron med i arbetet och kan även prägla relationen till patienten.

”...det här gudomliga, att man är inte bara två utan man är liksom i en såndär gudomlig... att det är inte min kärlek som ger eller ska ge öppningen utan det är öppningen för Guds kärlek... så det är väl det som gör det här tredimensionella på ett sätt”

I de mänskliga relationerna kan sjukdom och livsomvälvande händelser orsaka splittring mellan anhöriga och orsaka att vänner och andra bekanta försvinner ur patientens liv. Orsaken till det kunde i intervjun relateras till som okunskap. I vissa fall kan relationer redan tidigare vara brustna och dysfunktionella. Konfliktfyllda familjerelationer kan exempelvis i palliativ vård skapa oro och kaos för patienten så väl som vårdarna.

”Det absolut svåraste det är nog att komma in i en familj där var relationerna är dåliga och de kan inte stöda varandra och då när livet kör ihop sig. Liksom till exempel då det är en anhörig, en mamma, som är döende och liksom när det inte fungerar. Det tycker jag nog är hemskt. Och när man inte... det skapar nog jättemycket oro och kaos tror jag kanske över huvud taget, någonting som vårdpersonal då kan jag tänka mig nästan att det är det mest jobbiga. För man är mitt i det, i en familj som inte har fungerat förut och som inte fungerar nu och då skulle de behöva ha allting och så ser man bara att ”Nej, det går inte”. Det är jobbigt. Och då finns det ju en människa som dör mitt i det och som skulle behöva få ha lugn och ro, men som oftast inte har det då heller. De känner ju av det hela.”

7.1.4 Stödformer

Bland respondenternas svar kom det fram att det finns färdigt material att använda som stöd i kommunikationen. Utvecklat samtalsmaterial kan fungera som stöd i kommunikationen och underlätta diskussioner om svåra ämnen. Skrivet material i form av broschyrer och häften kan även ges till patienten och anhöriga i den palliativ vårdkontexten som hjälpmedel att förbereda dem med till exempel önskingar om begravningen, testamenten och vad som skall göras med lösenord och olika konton efter patientens död.

”Och vi har ju det där ’För barnen på tal’, vet du, en fungerande vardag för barn som vi använder just när någon är sjuk, just när det finns barn och unga i en familj där någon har cancer.”

Förutom skrivet material nämndes även teknisk apparatur. Exempelvis nämndes i en av intervjuerna ett tillfälle när telefonen användes för att söka reda på en dikt patienten ville lyssna på. För personalen användes en meddelandefunktion inom journalsystemet för att förmedla nödvändig information om patienten mellan vårdpersonal och vårdande avdelningar. Distansmöjligheter till samtal via Teams togs

i bruk i och med Covid-19 pandemin med syfte att träffa kollegor som jobbar på annan ort. Distansmöten bidrog till ökad kontakt, utökat utbyte av tankar och relationsbygge i ett i övrigt ensamt arbete. Även annan teknik som White board-tavlor användes som stöd i kommunikationen i förhållande till patienten så väl som övriga i personalen. Tavlor fanns som stöd i varje patientrum för patienten att se och påminnas om vad som är på gång. Genom att skriva på tavlorna gjordes patienten uppmärksam på målet för vården och vilka delmål som uppnåtts. På det sättet kunde även personalen i större utsträckning hjälpa patienten med att påminna, motivera och repetera delmålen och målsättningarna. Psalmsång nämndes även som en eventuell källa till tröst.

”...ibland så är det ju lyckligt de här gångerna att man kan sjunga en psalm och kanske de lugnar ner sig, men... man kanske måste sitta där och det lugnar inte ett skvatt och man vet att nu är jag här och jag måste bara stå ut med den här andra människans ångest och jobbiga livssituation, för då behöver inte den här människan vara ensam här i stunden, för vi är två.”

Gemensamt i alla intervjuer var att i vissa situationer hjälpte inget stödmaterial. Andra svårigheter som kom fram var bristen på gemensamt språk, vilket kunde orsaka missförstånd. Även sättet att använda språk kan bli problematiskt ifall språket blir för abstrakt och förlorar sin tydlighet och innebörd med det som sägs. I en av intervjuerna framkom att det vid otydligheter behövs mod hos vårdarna att våga fråga och reda ut vad patienten kan vara i behov av. Genom frågor kan patienten eller andra själv finna svar på frågorna vilket prioriterades framom att ge färdiga svar.

”...vi försöker att presentera väldigt lite svar, utan, den här tanken är nog, eller sättet att fungera är nog det här att sätta fram frågorna för att de har det där svaret, att våga lita på att hej, du har svaret, du har lösningen på ditt liv och kraften att orka leva vidare. Och, eller om det är sorg t.ex. att det finns lösningen i dem. Att se att nej, men, det här säger du, där hade du någonting.”

Att göra upp vårdplaner var en viktig del där kartläggning av behov och stödåtgärder kom fram och kunde förmedlas till övriga i personalstyrkan. Som del i arbetet med vårdplanerna ordnades gemensamma möten med personalen där patientens problematik behandlades för att komma till roten av svårigheterna. Det skapade tydlighet för alla i teamet vad situationen handlade om. Patienterna, personalen och anhöriga involverades för att stöda patienten och arbeta med motivation att nå de uppsatta målsättningarna. I vissa

fall kom det under arbetet med vårdplaner fram att det fanns bakomliggande orsaker till bristande motivation så som exempelvis depression eller annan psykisk ohälsa som då kunde börja tas itu med. En del i stödet som förmedlades via personalen till patienten var möjlighet till återkoppling till det som sagts. Patienter uppmuntrades att hitta sin egen väg och kunde få hjälp och stöd att tänka i nya banor där dagboksskrivande kunde hjälpa patienten att lätta på tankar, komma vidare och hjälpa till att skapa perspektiv.

”Jag uppmuntrar ju mycket till att skriva annars. Skriv dagbok, skriv hur det känns. Vissa så nåä, de har inte kommit i gång ännu, men vissa far och köper ett häfte direkt och jag brukar säga att åk och köp ett vackert häfte, och du vet att det här har du bara som, som med dig under hela cancerresan [...]För att det underlättar, eller redan att du får skriva ner tankar och funderingar gör att det blir lättare att hantera dem. Och sen ibland när man läser redan en annan dag så tänker man att nej, men tänkte jag så där? Att inte var det kanske så stort, men just då i stunden så känns det ju så mycket större allting.”

Förutom konkret stödmaterial fanns nämndes även psykiskt stöd som en viktig stödform. Psykiskt stöd i form av uppmuntran och att hjälpa patienter så väl som personal att se det positiva, känna tacksamhet och glädje betonades i flera av intervjuerna. I en av intervjuerna kom det fram att kurser för patienter, kamratstöd och samtalsstöd gav verktyg att leva med en sjukdom och fungera i vardagen.

”vi har en kurs i Härmä för obotligt cancersjuka för att just få verktyg för att ha en fungerande vardag och lite det där kamratstöd att man får träffa andra i samma situation.”

7.2 Mångprofessionalitet

Som en del i den organisatoriska kommunikationen finns en kommunikation mellan ledning – underlydande, personal – patient och vårdare – vårdare inom olika professioner såväl som den egna professionen. Som del av kommunikationen mellan personal finns utrymme att växa och vidareutbilda sig inom ramen för sin profession för att stödja det mångprofessionella arbetet och kommunikationen där emellan.

7.2.1 Samarbete

I alla intervjuerna betonades kontakten mellan personalgrupper inom och utanför sjukhuset som essentiell i vårdandet. Samarbete fanns mellan sjukskötare på den egna avdelningen. På samma avdelning samarbetades det även mellan olika yrkesgrupper som fysioterapeuter, sjukskötare, själavårdare och läkare. Samarbete fanns även mellan avdelningar, sjukhusinrättningar och mellan skola och sjukhus. Eftersom vården fokuserade på patienten fanns ett delat ansvar och delade problem där samarbete och ömsesidigt beroende av varandra fanns för att se till patientens bästa.

”Och det här, fysioterapeuterna och ergoterapeuterna, så, alltså speciellt med dem måste vi ha det här fungerande samarbetet, för det är ju de som också lär oss hur vi ska jobba med patienten. De är ju med patienten kanske en timme per dag eller kan de vara en timme varannan dag. Vi är ju sen de övriga 23 timmarna. Och det säger ju sig självt att du kan ju inte bedriva rehabilitering och förvänta dig ett bra resultat med att en fysioterapeut kommer en timme när det finns resten av dygnet som behöver fyllas.”

En tydlighet i det egna yrket och i arbetsuppgifterna sågs som en trygghet i ett mångprofessionellt teamarbete. En öppenhet mellan yrkesgrupper, kunskap om varandras arbetsområden och gemensamt beslutsfattande betonades i en av intervjuerna som viktigt i samarbete. Ett samarbete som präglas av öppenhet för feedback och användning av varandras kunskaper där de olika professionerna tas till vara sågs som positiva teamegenskaper.

”och tryggheten är ju att det inte bara är jag som tar ett beslut, det är inte bara doktorn som tar ett beslut, det är inte bara fysioterapeuten utan det är ju som vi, vi alla. Så... ja. Alltså det är så självklart så ja reflekterar inte ens över det mera. [...] Att vi har nog verkligen ett samarbete, att man klampar ju in på varandras områden hela tiden. Men det är ju som en trygghet det också att man har.... eller att man ser varandras arbete.”

Själavårdarna sågs som en av många pusselbitar i vården för att stödja patienten. Själavården var en behövd resurs i vårdarbetet och ett bra komplement till den sjukvården. Paradoxalt nog sågs själavårdarna stå utanför vårdandet samtidigt som de sågs som en del av avdelningen och sjukhuset. I vissa fall fanns det en variation i synen på själavård bland både patienter och personal där själavården sågs som relativt

osynlig. Självvården hade i den givna sjukhuskontexten självvårdssamtal, arbetshandledning och krishjälp. Inom vården fanns uttalade officiella team, men självvårdaren arbetade inom mer inofficiella team med vårdpersonal. De hade en daglig kontakt med avdelningarna samtidigt som det fanns möjlighet att tillkallas vid behov. Oftast var det sjuksköterna som uppfattade eventuella självvårdsbehov hos patienten och tog det vidare till självvårdaren som i sin tur kunde fånga upp andra behov hos patienten eller hos någon annan på avdelningen. Självvårdarna sinsemellan hade inte lika mycket samarbete som de hade med andra yrkesgrupper.

”Vi har nog våra egna klienter, men då kan vi ha då under större helger med nattvard och sånt att vi delar på, men annars har vi nog egna klienter. Jo. Ja har inte tänkt tanken [på samarbete] heller, du öppnar en ny tanke gör du ju.”

Det som kom fram i intervjuerna var vikten av kollegor och ett tätt samarbete över yrkesgränserna med möjlighet att konsultera varandra och lära av varandra. Det fanns en styrka i det gemensamma arbetet. Olika sätt att arbeta, olika kunskaper, olika perspektiv från olika yrkesgrupperna med olika erfarenheter från det egna så väl som andra sjukhus bidrog till en helhetssyn på vårdandet. Till viss del fanns det en skillnad mellan vårdpersonal och hur samarbetsinriktade de var mellan olika yrken. I en av intervjuerna kom det fram att i vissa fall rådde en kultur där exempelvis städarna gjorde bäst i att hålla sig till sitt utan att blanda sig i.

”de som ju också hör till samarbetet är ju de här då som är på städfunktionen. För där är det väldigt stor- för då ser jag olika kulturer på olika avdelningar. Och där är det nog... så som de är jag anställd av en annan organisation också. Och där upplever jag nog liksom, där är det nog liksom jättestor skillnad, att de ska nog hållas på sin plats. Då på vissa ställen vill de hålla sig mycket på sin plats, men liksom den där kommunikationen, att där är det nog jättestor skillnad. Men det är också jättestor skillnad på olika avdelningar och olika ställen.”

En tydlighet och ett gemensamt mål att eftersträva i arbetet bidrog till en medvetenhet om behovet av varandra och behovet av en enhetlig kommunikation. Teamarbete konstaterades påverka stämningen på arbetsplatsen positivt och hjälpte till att skapa ett trivsamt arbete där det var lätt att ta kontakt med varandra och fanns en öppenhet mellan personal och ledarskapet.

”jag har ju också varit borta på andra ställen här emellan och andra i personalen har också varit borta nu som då och det är ju kanske då när man kommer tillbaka som man märker att det är ju faktiskt speciellt här. Och på något vis tror jag att det beror på att vi har det här teamarbetet. Jag tror att det är nog det som gör den här goda stämningen som vi verkligen har här. Att man är som inte bara att det är jag, jag och mitt, att jag sköter det här och någon annan får inte röra det. Utan vi har automatiskt den där breda synen.”

7.2.2 Ledarskap

Ledarskap sågs som en del av en hierarki eller som en position någon studerat sig till, men ledarskap kunde också vara ett sätt att vara i en situation och leda ett samtal. Det finns olika former av ledarskapsstilar där vissa nämndes som exempelvis delat ledarskap, närvarande ledarskap, auktoritärt ledarskap, eller samarbetsfrämjande ledarskap. Ett auktoritärt ledarskap sågs till viss del i negativt ljus till skillnad från den närvarande och samarbetsfrämjande ledaren som sågs som en ledare med kännedom om personalens arbetssituation. En sådan ledare sågs vara på samma nivå som alla andra. I en av intervjuerna framkom även att det sågs som en positiv egenskap ifall ledaren hade förmågan att hoppa in i själva patientarbetet vid behov.

”jag är ju jätteofta i patientarbetet, kanske mer än jag borde vara för jag har ju fullt upp med det här administrativa, men tillika tycker jag så om det, så jag vill ju vara. Och ser jag att de blir jättestressade så hoppar jag ju nog in och det vet jag att är jätteuppskattat. Inte bara att man är de där extra händerna som kommer och hjälper till på morgonen utan också att de har en ledare som förstår deras arbete, alltså vet vad det är för det är ett tungt och det är tunga patienter vi har här. Så det tror jag att hjälper till att öka det här samarbetet också, att jag inte är en ledare som sitter där högre upp, utan jag är på samma nivå som de men jag har mitt ledarskap som jag leder, men ja är också en vanlig kollega.”

En gemensam faktor var att det behöver finnas en tydlighet i ledarskapet och vem som är ledare. Ifall det finns en otydlighet i ledarskapet kan det resultera i att vissa ur personalen blir sin egen chef och tar egna beslut.

”Och nog märker jag hur viktigt det är med ett tydligt ledarskap. Tydligt vem som är... tydligt vem man skall gå till, tydligt vem man har den där kontakten med och då också att kommunikationen fungerar. [...] För annars gör man ju på sitt eget sätt, att ingen bryr sig vad man gör och man gör sitt bästa och så...”

En av ledarskapets uppgifter var främjandet av öppenhet, skapa målmedvetenhet, gemensam linje och inge hopp. Även strävan efter rättvisa, administrativa uppgifter, förmåga att ge och ta emot och en förmåga att se framåt och planera för framtiden var en del av ledarskap. I en av intervjuerna kom det fram att närmsta chefen eller ledaren byts ut med några års mellanrum. Där uppstod behovet av regelbundenhet. I en annan intervju togs också upp en tangerande faktor där nya ledare i början kan ha en osäkerhet i sin uppgift. Med mer erfarenhet upplevdes en ledare ha större stabilitet och förmåga att ge mer stöd till personalen genom sitt ledarskap. I en av intervjuerna framkom att ifall ledaren var ny eller hade lite erfarenhet av ledarskap fick personalen inte lika stort stöd och upplevde sig inte kunna belasta sin närmsta chef på samma sätt, vilket skapade en större belastning på den egna arbetsbördan.

”men hon var också ny på sin post och man märkte att man inte riktigt kunde belasta henne med alla de problem som jag stod inför. Och jag vet att man inte skulle få tänka så, för man skall ju ha stöd i sin egen chef, så jag gjorde kanske fel där själv också eftersom jag kände att jag inte kan störa henne så mycket som jag kanske hade behövt för jag tänkte att ifall jag belastar henne för mycket åker hon härifrån och då har jag ju ingen.”

Inom ett ledarskap var det viktigt med ett bra samarbete med andra förmän. Eftersom ledarna eller förmännen var ganska ensamma på sin avdelning var det uppskattat att lätt kunna ta kontakt med ledarskapskollegor och fråga upp om både små och stora saker eftersom personalen inte kan involveras i exempelvis personalfrågor och ledarskapsfrågor.

”med de man är förmän åt pratar man ju inte om ledarskapsfrågor till exempel eller hur man skulle göra i vissa situationer, så då tycker jag nog att jag har jättemycket kollegialt stöd av andra och jag känner dem så pass bra vid det här laget att man täcks ring om småsaker och de ringer åt mig också. Så vi har nog... inte är det så med alla förstås, men vissa som man känner att man vågar ring och fråga. Det är ömsesidigt och jag vet om det.”

7.2.3 Utrymme att växa

Som en del av vårdarbetet behövs utrymme och möjlighet att hitta sin egen väg, utvecklas och komma vidare i sitt yrke och förverkliga egna planer. I en av intervjuerna kom uttrycktes en längtan efter mer utmaning och vidareutbildning för att avancera. Detta hade noterats och uppmärksammats av den närmsta chefen som gett möjlighet att avancera och pröva på någonting nytt även om personen i fråga inte var kvalificerad till det.

”[Jag] blev biträdande avdelningsskötare ganska snabbt utan att jag egentligen hade, hade det här utbildning för det, men jag hade vikariat då några år med förutsättning att jag då skulle ta det här ledarskapsinriktning, och det gjorde jag och blev färdig med ledarskapsutbildningen och det här... fortsatt att jobb som biträdande avdelningsskötare några år och började vikariera som avdelningsskötare så småningom och märkte att jag tyckte jättemycket om det, det var riktigt roligt. Och jag hade inte trott att jag var en sån person”

Att komma in i en ny arbetsgemenskap i en ny roll kunde vara utmanande och där behövdes tid att finna sin plats. Som del i den egna utvecklingen nämndes arbete med sig själv för att lära känna sig själv och hitta sina egna styrkor. Även den närmsta chefen och arbetshandledare nämndes som kunde ge stöd och uppmuntran i olika beslut.

”när vår chef kom tillbaka från sin ledighet så märkte jag att jag måste nog ha lite mer utmaningar, jag måste göra nånting annat. Så då blev jag kallad då egentligen till barnenheten eftersom ja hade uttalat då till överskötaren att jag skulle vara beredd att göra nånting annat. Och då redan hade jag egentligen funderat att jag skulle läsa vidare till magister, men det var försent att lämna in ansökan det året och så kom ju då det här barn[enheten] i mellan så, så det tyckte jag var jättespännande och en otrolig utmaning.”

7.2.4 Utbildning och fortbildning

I intervjuerna framkom att det fanns en ständigt pågående utvecklingsprocess med inhämtning av ny kunskap. Detta berörde såväl patienter som personal. Patienten ger kunskap om sig själv för att hjälpa vårdarna att vårda och personalen ger av sin kunskap för att hjälpa patienten bli frisk.

”Men för det mesta är det ju som man diskuterar så det, det är nog som... jag känner nog på det sättet att jag efter 20 år inom det här arbetet så har man no kanske lite att ge, brukar ja känn.”

Dels framkom formell utbildning och fortbildning, även informell utbildning sågs som en källa till vidare kunskap och ifyllnad av eventuell okunskap. Som den formella utbildningen framkom kurser, fortbildning och övningar i olika former som gav färdighet. Som informell utbildning fanns arbete med sig själv, erfarenheter och lärdomar som kom i själva arbetet. Allt detta formade den egna professionaliteten och yrkesidentiteten. Erfarenheter och lärdomar som hämtats från arbetet gav en fördjupad närvaro, insikter och i vissa fall även kunskap om framtiden genom att man tidigare sett olika händelseförlopp. Genom erfarenhet kom även en större förmåga att arbeta självständigt.

”Jag har ju som jobbat så pass länge ensam så jag tycker nog det är en styrka att få vara ensam å få leda det där samtalet... [...] Ja, nog finns det förstås gånger när vi har gjort saker tillsammans, men då är det ganska viktigt att man som sjukhussjälavårdare är på samma nivå, att man kan stöda varandra då”

Förvärvad kunskap sitter kvar och utbildning kunde hjälpa till att se det positiva i olika situationer, att sätta saker i perspektiv, få faktakunskap och utveckla sin praktiska och administrativa kunskap. Kunskap från olika arbetsställen nationellt så väl som internationellt kunde hjälpa i arbetet och även det ge perspektiv och nya lösningar. Med hjälp av utbildning och varierande kunskaper kunde även olika former av osäkerhet övervinnas. I en av intervjuerna togs exempelvis osäkerheten att med kurativa och palliativa patienter lyfta fram tankar om döden. Där fanns även erfarenhet som hjälpte till att skapa fördjupad kunskap där man skall lyssna och när det gäller att säga till på rätta ställen.

”det är ens yrkeskunskap. Det är ju det det är frågan om. Att kunna vara tyst. Det låter ju jättemärkligt, men det är faktiskt så. [...] men då är det ju klart att man måste ju kunna säga till på rätta stället, då man har inväntat tillräckligt länge, men det är nog nånting man får öva upp mer och mer.”

7.3 Medvetenhet

Som den av den organisatoriska kommunikationen behövs en förståelse för de aktörer som finns inom organisationen. Detta gäller mellan alla olika personalgrupper. Med förståelse för varandras behov, härkomst och önskningar påverkas även kommunikationen inom organisationen.

7.3.1 Anställdas behov

Ett ämne som belystes i intervjuerna var personalens behov av vård i olika former. I en av intervjuerna betonades det egna välmåendet som en förutsättning för att kunna hjälpa andra. I en av intervjuerna kom det fram att med mer arbetserfarenhet fick stöd för personalen ökad prioritet eftersom personalen bär på en hel del sorg och står ut med mycket i sitt arbete så väl som privatliv. Där fungerade exempelvis kafferummet som en avlastningsplats där stödjande samtal ägde rum personalen emellan, vilket innebar en form av balansgång mellan att själv kunna koppla av och finnas till hjälp för någon annan.

”men det blir lite... det här mer inofficiella att plötsligt sitter man där vid kafferummet och så märker man att nu är man på jättedjupa frågor. Eller det är ju förstås, det är ju mycket sorg, det är många saker som händer i personalens... att liksom då kunna finnas där att det..., ja... eller matsalen, kafferummet, det är såna där jätteviktiga ställen, så att... eh, samtidigt som, nog att det där att kunna delvis koppla av och ha den där pausen för sig själv, men samtidigt finns det där, liksom det här att det behövs hela tiden att kunna svänga om. Att nu blir man själavårdaren här Att det liksom finns där hela tiden. Men det är någonting som man lär sig.”

Arbetet sågs till viss del som individuellt och att som personal antingen själv begära eller bli erbjuden stöd i form av arbetshandledning kunde hjälpa personalen att se saker mer objektivt och få perspektiv på tillvaron. Andra faktorer som bidrog till att orka vidare var bra kontakt med kollegor, uppmuntran, uppskattning i arbetsgemenskapen, rättvist ledarskap, gemenskap, att uttrycka önskemål och få dem hörda, ta egna initiativ, bli sedd och att få bekräftelse. I en av intervjuerna framkom det att om personalen runtomkring en trivs ger det styrka och stöd, vilket gjorde det lättare för en själv att fungera normalt och må bra.

Utmaningar i arbetet berodde på olika faktorer som exempelvis utdragen vård, att hålla medmänniskan i fokus och prioritera patienten framom sig själv, att räkna till i krävande arbetsförhållanden, att hantera krav och hitta sin egen roll i och med en ny arbetsorganisation. Många förändringar inom och utom organisationen skapade en osäkerhet och den yttre omgivningens reaktioner kunde påverka måendet. Arbetet sågs ibland som för mycket, utmattande, belastande, ensamt och i vissa fall ingav det även en känsla av utanförskap. Beroende på vilket arbete som utfördes kunde känslan av att inte ha svar och behovet att hantera en annan människas liv, ångest och negativitet kunde kännas som krävande och påfrestande. Ibland fanns även en önskan att få utföra någon annans yrke för att undkomma sin egen situation.

”...man blir så pass belastad för det är klart, det suger jättemycket med att vara så där pass mycket i dödens närhet och när man är så utan svar på något sätt. Att man har ju såna där... förr brukar jag fram för allt tänk sådär att när man bara skulle få lägga en spruta i, för det får ju sjukskötaren göra, ja, men om jag får lägg lite morfin så då lättar det lite och då ha jag gjort mitt. Men jag kan inte göra det...”

I en av intervjuerna framkom en önskan att alla skall vara nöjda eftersom det gav styrka medan det tog energi och kraft ifall personalen var missnöjd eller om det fanns en splittring i personalgruppen. I en annan intervju kom den personliga tron fram som dels sågs som en styrka samtidigt som det kunde uppstå svårigheter att balansera det personliga med den egna professionella identiteten i arbetet.

”Men när man själv är kristen så har man kanske med sig det men ändå att nog... begränsar jag mig som på det sättet också, och där var det också en patient som skulle ha velat ha nattvard och jag ordna det så att sjukhusprästen for dit och så sa en annan vän som kom dit att 'ja, men var med du också'. Så där kände jag nog att det ville jag faktiskt inte. Att där kände jag nog att nä, nog... jag har ju ändå erbjudit och gett de här den här möjligheten, men där ville jag inte mer. [...] För, för där kommer ju just det där, kanske som ibland kan bli lite sådär motstridigt så det är just då man har den där egna bilden själv också, vet du, som att man skulle inte behöva ta med det så mycket i arbetet på det sättet.”

7.3.2 Patientens behov

Hos patienten framkom att ett insjuknande ofta tangerar osäkerhet, oro, rädsla och funderingar på vad som kommer att hända till näst. Att insjukna i en sjukdom innebar åtminstone en tillfällig förändring av livssituationen för patienten så väl som närstående. Viktigt för patienten var att få stöd och hjälp i att finnas till i det svåra, tillåtelse att känna, hantera känslor och ventilera tankar och rädslor med. Denna någon kunde antingen vara en av personalen eller en anhörig.

”så att det är nog jättemycket, mycket känslor som kommer fram här. Och just det där ehm... osäkerheten, ovissheten, vad är det som händer och allt det där så... så det är nog mycket som vi funderar på såna saker och just som att jag försöker ta fram deras egna styrkor, eller vi diskuterar runt egna styrkor, vi diskuterar om man har haft kriser förut att vad har då hjälpt dem då på det sättet att man försöker hitta deras inre styrkor för att klara av den där... vad ska vi säga, den där förändrade situationen så bra som möjligt. För oberoende så ändrar det ganska ordentligt nog på den här situationen, eller som ja... på livssituationen helt klart.”

Vid svår sjukdom och i palliativ vård framkom att patientens tankar vidrör döden och där fanns behovet att förbereda sig på att ta avsked av exempelvis egna förmågor och familjemedlemmar. Patienten hade även behov att i vissa fall skydda sina närstående på olika sätt. I en av intervjuerna kom det fram att psykiska smärtor inte är detsamma som existentiella smärtor och i en annan intervju sades att psykoterapi inte är samma som själavård. De skiljer sig åt även om det finns ett samband. I en av intervjuerna framkom att människans inre kan behöva helas och människan har en form av inbyggd längtan och ett sökande efter något. Som vårdare kan det vara bra att om möjligt erbjuda både själavård och psykoterapi i ett försök att hantera de funderingar, tankar och längtan som uppkommer i mötet med avsked och död. Döden eller döendeprocessen och den ovisshet som finns där väcker ofta en rädsla hos patienterna. Där kan ett behov av kunskap finnas om exempelvis sjukdomsprocess, smärtlindringsmetoder m.m. Ju mer patienten vet desto lugnare kan de känna sig.

I vården av patienten kan avbrott i avdelningens lunk eller en programpunkt ses som en ljusglimt i vardagen. Patienten behöver någonting att se fram emot både på kort sikt och längre sikt. I en av intervjuerna framkom att vårdarna kan ge vidare det som skänker glädje och att de kan hjälpa att inge

hopp hos patienten. När patienten insjuknar påverkas även familjen och anhöriga. I en av intervjuerna framkom patientens önskan att underlätta för anhöriga och att fokuset ofta förflyttas bort från sig själv till anhöriga. Ett sätt var att involvera familjen i vården och hjälpa dem stödja patienten var att bygga upp anhörigas välmående och på det sättet hjälpa dem att hjälpa patienten.

”Som jag sa från början så är det ju inte bara patienten utan det är ju också närstående som kan komma och prata om det behövs, eller behöver få det där stödet. [...] Och det brukar jag faktiskt ta fram också just att jag frågar ju många gånger av dem. Om det är den insjuknande, att hur mår mannen? Hur mår frun? Det känner de ju också en så stor oro över också. Det är ju då jag frågar av de här som är sjuk att hur sover du? Hur äter du? Motionerar du? Hur har du det med sociala kontakter? Så frågar jag också av närstående. Det är lika viktigt att de också mår bra. För att orka stöda.”

I en av intervjuerna beskrevs ett hembesök efter ett cancerbesked där vårdaren ibland kommer som en gäst hem till patienten och patienten leder samtalet och vårdaren hjälper med kunskap. I vissa fall var det tvärtom att vårdaren behövde ta den ledande rollen i samtalet. Där behövs ett inkännande i situationen för att utvärdera vad patienten behöver. Gemensamt i alla intervjuerna var behovet att patienten skall fatta sina egna beslut om sin vård. Närheten till vård beskrevs som en trygghet för patienten. I en av intervjuerna framkom att vissa patienter hade en tro på livet efter detta i en himmelsk tillvaro eller genom pånyttfödelse, medan andra igen ansåg att döden var det definitiva slutet. De som trodde på en vidare fortsättning tillhörde ofta en religion och hade tro på Gud. Gemensamt för alla var i intervjun att det verkade finnas någonting inbyggt som sökte ett fäste i någonting utanför sig själv. En personlig tro hos patienten spelade in i vården i form av förtröstan på Gud och hopp om ett liv efter detta.

”...när jag var på föreläsning att läkaren då uttryckte sig klart och tydligt att hon inte är särskilt religiös av sig, men man kommer nog in i de här diskussionerna som läkaren sa också. Och det sa ju nog faktiskt den här Xxx också att eftersom det är det här området som kallas bibelbältet också att hon sa att nog ser man ju också på de här patienterna som är här att, att di har en annan förstörstan kanske på ett sätt när de blir sjuka. Så att ja, jag tycker nog det är bra att vi har sjukhusprästen jag.

7.3.3 Personcentrering

Att patienten var i centrum handlade om att utgå från patientens behov, situation, historia och fokusera på patientens bästa. Alla olika yrkesgrupper och delar i vården sågs som skilda delar som bidrog för patienten att tillfriskna och nå sina egna uppsatta mål för vården. En förutsättning för personcentrerad vård sågs som att patienten är med i processerna för att få ett lyckat resultat.

”Personcentrerad vård är förutsättningen i all rehabilitering och har alltid varit. [...] med patientcentrerad vård så, du har ju patienten i centrum hela tiden, så det är från patienten som du utgår, dennes behov, målsättningar, allting utgår från det. Och med det här multiprofessionella arbete vi har så är ju patienten i centrum och vi runtomkring är ju bara små bitar som ska hjälpa till att föra patienten till den målsättning som vi har lagt upp. Och viktigt för oss är ju att patienten är delaktig i alla beslut. Vi kan inte, alltså man kommer inte vidare i rehabiliteringen om inte patienten är med, det är ju som, det är en självklarhet helt enkelt. Vi har ju alltid möten med patienten och de är med och anhöriga är med.”

Vissa fann det utmanande att be en präst om hjälp trots att viljan kanske funnits där. Att erbjuda olika vårdformer som exempelvis terapi av olika slag och självvård fanns som en möjlighet. Där kunde patienten sedan välja vad som passar den bäst. Den personcentrerade vården går även utöver själva patienten till anhöriga eftersom anhöriga finns som ett stöd för patienten där kunskap om patientens historia kunde hjälpa i processen. Vikten av fungerande kontakt mellan patienten, anhöriga och personalen så väl som andra avdelningar och instanser runt patienten, som exempelvis skola, uppstod för att få till ett fungerande stödnätverk i vardagen runt patienten och dennes anhöriga. Kontaktskapandet och bibehållandet av kontakten var på patientens önskan där personalen gavs möjlighet att tjäna patienten med patientens bästa i tanken. Involverandet av patienten och samtal med personalen kring vad som erbjöds och vad som kunde erbjudas bidrog till helhetsvården eftersom olika behov som existentiella, fysiska, psykiska och sociala behov kunde komma till ytan.

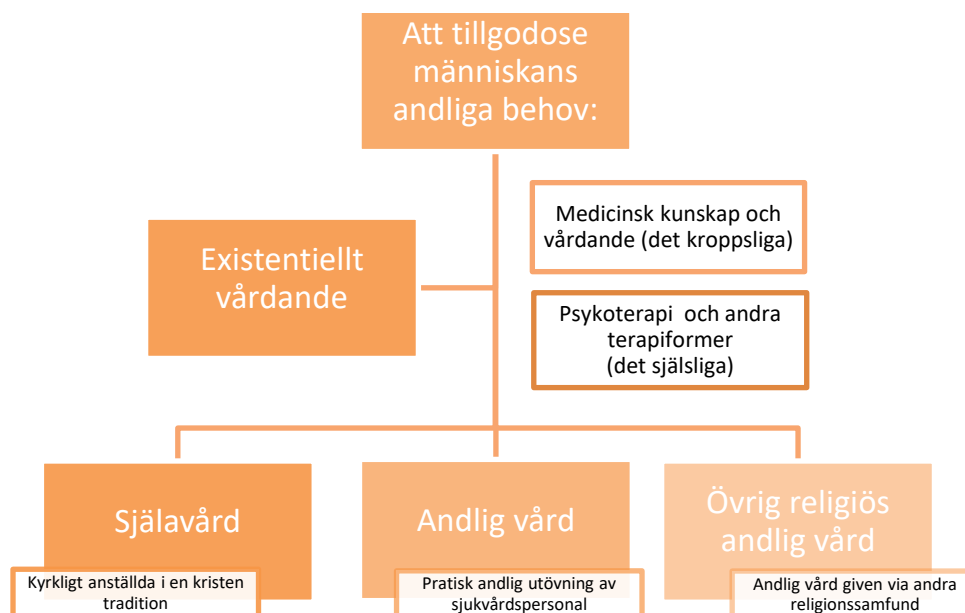
”men det är klart det alltså alltid när det är fråga om en palliativ så... nog blir det ju lite annorlunda, men nog är det ändå de där samma komponenterna du behöver se de där fysiska, psykiska och existentiella och samma sak också det här sociala. Att nog är de där fyra komponenterna samma.”

8 Diskussion

Som forskningsfråga ställdes hur ledningen kan ta tillvara själavårdens resurser bland det mångprofessionella teamet för att främja en holistisk vård. Eftersom vården ses som holistisk hänger allt ihop. Därmed kan sjukhusledningen förse patienter såväl som personal med själavårdens resurser av själavård, arbetshandledning och krishantering. På detta sätt kan behov och begär tillgodoses, stöd, tröst och uppmuntran förmedlas och ett främjande av heliga platser och vila i arbetet kan bidra att förmedla uppskattning till personalen och ge ork att gemensamt fokusera och centrera sig på patienten i ett mångprofessionellt team.

8.1 Existentiellt vårdande

Det råder olika mening kring vad andlig vård är och vem som utövar andlig vård. Begreppet själavård är fortsättningsvis starkt kopplat med den kristna tron, men även begreppet vård kan historiskt kopplas ihop med Guds omhändertagande av människan och innehåller en andlig dimension. Vården idag är jämfört med dagens själavård nödvändigtvis inte lika starkt sammankopplat med andlighet. På samma sätt har dagens sjukhussjälavård fått en mer terapeutisk orientering (Peltomäki, 2019; Kilpeläinen, 1969; Evangelisk-lutherska kyrkan i Finland, 2021) där prästen huvudsakligen rör sig mellan områden för teologi och psykologi i sin tjänst (Cole Jr., 2010) jämfört med tidigare i den kristna historien. Detta kan ses som ett försök att tillmötesgå och tillgodose varje människas varierande behov av andlig vård. Den andliga vården inom vårdvetenskap hittas till viss del genom vårdteologin som har en koppling till själavård i och med intresset för människans andliga väl, hälsa och vård (Eriksson & da Silva, 1991). Vårdteologi ses som en förebyggande själavård och är därför inte själavård i klassisk bemärkelse. Vårdteologin hör till den andliga vården som är ett bredare koncept jämfört med själavård eftersom andlig vård kan föras av vem som helst oberoende religiös bakgrund eller trosinriktning. Andlig vård kan ses som innehållande många olika aspekter beroende på människans behov och situation (Cole Jr., 2010) vilket belystes i både intervjuresultatet och begreppsanalysen. I den tidigare forskningen tar konstaterades att personalens lyssnande och beröring vidröra människans andliga behov och skänka tröst (Byrne, 2007), vilket även intervjuresultatet stöder. Andlig vård kan även kopplas ihop med olika religioner och trosinriktningar där varje religion har egna ritualer och riter i relation till Gud och som del i det andliga utövandet. Själavård hör inte till en allmänreligiös bakgrund utan är specifikt tillhörande den kristna tron, den kristna traditionen och språkbruket däri.



Figur 2. Att tillgodose människans andliga behov

Flera författare såg skillnad på vårdteologi, själavård och psykoterapi (Eriksson & da Silva, 1991; Reichmann, 2017; Byrne, 2007). Gemensamt för själavård och andlig vård är att de båda kan beröra människans andliga dimension så väl som det transcendenta. Det transcendenta ses exempelvis som sökandet efter Gud eller mening. Människans själsliga dimension och därmed det psykiska som till exempel hanterandet av känslor kan påverka människans förmåga att ta emot olika former av andlig vård. Därav behövs även exempelvis psykoterapi i hanterades av eventuella hinder som kan stå i vägen för människans andlighet och sökande efter transcendens. Där kommer kyrkans benämning existentiellt stöd (Evangelisk-lutherska kyrkan, 2021) som ett överbyggande begrepp (se figur 2) som inkluderar både själavård och olika former av andlig vård och sammanför det andliga och det själsliga utan att försöka separera dem åt. Viktigt är att patienten inte lämnas ensam i sin andliga kamp, vilket kan hända om patienten inte förses med andlig vård (Sivonen, 2000).

När det kommer till existentiell vård ligger människans behov i fokus. Människan kan i sammanhanget antingen vara en patient, anhörig, städare, sjukskötare, själavårdare, ledare eller annan medmänniska. Behovet av andlig vård synliggjordes i Rodgers begreppsanalysmetod där själavård och själavårdens relaterade termer, föregångare, attribut och konsekvenser granskades. Människor både ger uttryck för andliga behov och förser människor med andlig vård, ibland medvetet eller omedvetet beroende på

människans identifieringsförmåga av behoven. Exempelvis togs upp i den tidigare forskningen att patients frågor avslöja patienten behov av andlig vård. Frågor om ”varför” kan uttrycka ett sökande efter mening som kan vara ett uttryck för andlig smärta (Byrne, 2007). I intervjuresultatet betonades vikten att se medmänniskan som en unik individ med säregen personlighet med individuella, relationella eller arbetsmässiga behov. Dessa behov berörde människan som helhet av kropp, själ och ande.

I den tidigare forskningen beskriver Byrne (2007) andligt behov som mångfacetterat med olika lager där djupet bestäms och utgår från patienten. Eriksson och da Silva (1991) diskuterade kring begreppen andligt begär och andligt behov där begäret sågs som mer grundläggande än behoven som kunde vara en brist på frid, förlåtelse eller gemenskap med människor eller Gud. Med andliga begär ses ett sökande och en längtan efter sinnesro, glädje, livslust i situationer av t.ex. ångest, fruktan, synd och förtvivlan (Eriksson & da Silva, 1991). Byrne och Eriksson och da Silva kan ses prata om samma sak ifall andligt behov ses som ett ytlager och andligt begär ses som ett djupare lager av behov. I begreppsanalysen syntes att människan som patient exempelvis kan ha behov av mening och mål, uppehålla hopp, uttrycka tro, utöva religion, bekvämlighet i livets slutskede, bibehålla kontakt med familj och vänner eller Gud och behov att uttrycka och utforska känslor. Begreppsanalysen bygger vidare på Erikssons och da Silvas (1991) tankar om icke-bemötta begär kommer till uttryck. I analysen framgår att personalen behöver hjälpa patienten att komma över eventuella hinder (fysiska, själsliga eller andliga) som hindrar tillfrisknande och hälsa. Ett av dessa hinder kan ses som tillfredsställande av behov. Byrne (2007) tog upp att omgivningen, arbetsmängden och brist på privatliv kan ut vårdarnas synvinkel ses som barriärer att förmedla andlig vård till patienten. I begreppsanalysen framkom att personalen som vårdar patienten kan där vara närvarande och försöka förstå patienten och förmedla en tillämpbar respons och hantera svåra händelser, vara ett känslomässigt stöd, ge verktyg till patienten att ta hand om sig själv, visa medlidande, främja reflektion, bygga upp ett moraliskt mod och en psykisk och andlig integritet. Personalen kan sträva efter att vara samstämmig med olika aspekter i patientens liv, lyssna och ta in situationen och fungera som stöd även för familjen och hjälpa dem att hantera emotionell smärta och främja den andliga hälsan och skapa perspektiv. För att vårdarna skall lyckas med detta behöver deras behov också tillfredsställas, vilket framkom i intervjuresultatet.

I den tidigare forskningen tog Byrne (2007) fram att sjukvårdarna kan anse det vara prästens jobb att utföra andlig vård. I begreppsanalysen såväl som intervjuresultatet poängterades själavården som en resurs och komplement till vårdpersonalens arbete. I det mångprofessionella arbetet kan sjukvården och

sjukskötarna försöka nå klarhet och hjälpa patienten och anhöriga att hantera andlig smärta och bioetiska frågor. I begreppsanalysen betonades att själavårdarna kan gå in mera på andlig vård som del av den kristna tron med interventioner i form av olika ritualer (exempelvis nattvard), tillbedjan, främja möjlighet till mirakler genom bön, vägleda patienten i riktning mot Gud som genom sin kärlek kan förvandla människans tanke, kropp och själ. Själavårdaren kan förmedla frid, tröst och nåd från Gud, lindra lidande i form av begär och behov vid exempelvis obesvarade böner, hjälpa till att hitta mening, kontakt och förmedla Guds kärlek. Både behoven och de djupare behoven som kan nämnas begär behöver vårdas eftersom otillfredsställda behov, enligt Eriksson och da Silva (1991), kan få fysiska uttryck i en människa och kan ses om människans vädjan efter hjälp.

8.2 Holistisk syn på medmänniskan i organisationen

Människan ses som en andlig varelse av kropp, själ och ande (Sivonen, 2000). Med andra ord det inte endast människans ande som är andlig, utan även kroppen och själen hör till det andliga som del av den holistiska människosynen och kan uttrycka andliga behov. Den holistiska omvårdnaden kan ses i ett bredare perspektiv utgående från Magezis (2020) tanke om omvårdnad. För att ännu utöka synen kan det holistiska inkludera ledare, vårdare, själavårdare, patienter med alla deras fysiska, psykiska, sociala, existentiella behov där var och en är en enhet av kropp, själ och ande. Som Gärtner (2010) påpekade att om ett område tilltalas hos människan påverkas även de övriga områdena i människans liv och situation. Den holistiska synen blir där väldigt bred och involverar den enskilda människan och alla de människor hon kommer i beröring med på alla nivåer. I detta krävs ett samarbete med varandra för varandra där kommunikationen och stödformer blir essentiellt. Detta kan ses som en del av den organisatoriska kommunikationen som uppkom i intervjuresultatet.

Organisatorisk kommunikation är en väsentlig del i ledandet och förvaltandet av resurser inom den holistiska vården. Utgående från intervjuresultatet framkom tre kategorier som alla fokuserade på olika former av kommunikation utgående från (1) fokusering *till* människorna inom och utom organisationen, (2) mångprofessionalitet *mellan* personalgrupper och (3) medvetenhet samt förståelse *för* vad man har att förvalta framstod som viktiga delar av kommunikationsprocessen. I alla kategoriområden kan själavården finnas som en del där själavården tillhandahållas av kyrkan som annan organisation inom vården.

Northouse (2010) tog fram att det är ledarens uppgift inom organisationen att identifiera problem och hantera dem för att främja personalens välmående och effektiviteten på arbetsplatsen (Northouse, 2010). Denna stora uppgift kan inte sättas till en person eller ens en grupp av ledare, utan behöver gälla hela personalstyrkan i ett samarbete. Samarbete och teamarbete betonades såväl i intervjuerna som av Northouse. Båda understödde vikten av tydlighet vem som är ledare och tydlig arbetsfördelning. Tydlig och genomgripande kommunikationen betonades i intervjuerna som viktig i den organisatoriska kommunikationen. Som del i det tog intervjuerna fasta på ett gemensamt språk. Annat som kunde stöda och hjälpa kommunikationen sågs exempelvis som gemensamma möten, färdigt utvecklat material att använda i samtal, psalmsång, vårdplaner, teknisk utrustning och tekniska lösningar som Teams eller White board-tavlor. Förutom rent konkreta stödformer fanns även uppmuntran, hjälp att se det positiva, tacksamhet och glädje som viktiga ingredienser för att finna stöd och få ork vidare i arbetet. Ett välmående inom exempelvis den själsliga dimensionen påverkar även det fysiska och andliga, varför det blir viktigt att som ledare satsa på en genomgripande strategi som ledare att värna om vårdpersonalens och patienternas välmående.

I intervjuresultatet framkom det egna välmåendet som en förutsättning för att kunna hjälpa andra. För att värna om vårdpersonalens välmående kan själavården utökas till att även vara ett stöd för vårdare. I intervjuresultatet framkom att det till viss del redan finns stöd i kafferummet eller matsalen, men ifall ledarskapet officiellt skulle erbjuda existentiellt stöd för vårdare kunde det hjälpa personalens andliga liv. Om en vårdare har ett dött eller svagt andligt liv kan det vara svårt att uppfatta medmänniskans andliga signaler (Sivonen, 2000). Själavården kunde även finnas till för personalen i form av exempelvis arbetshandledning i grupp eller enskilt eftersom själavården inom ramen för studien har behörighet att ge arbetshandledning och är med i sjukhusets krisgrupp. Inte endast vårdpersonal utan även vårdledarna behöver få arbetshandledning så väl som fortbildning för att tränas i sitt ledarskap. Detta rimmar väl med tanken om medvetenhet som framkom som en del av intervjuresultatet om organisatorisk kommunikation. Medvetenheten handlade om anställdas behov, patientens behov, personcentrering och kulturskillnader mellan exempelvis kyrkan och sjukvården.

Sivonen (2010) tog också upp patientens behov av hjälp i att använda sin tro eller religion i en nödsituation vilket kan underlättas ifall vårdaren eller prästen är känslig för hur Gud kan integreras i människans kamp. Däri är det viktigt att, som Sivonen påpekade, komma ihåg att en utomstående part inte kan veta vad som är bäst för en medmänniskas själsliga integrering. Detta tangerades även i

intervjuresultatet där det visade sig vara lätt att köra över en patients egna tankar med sina egna. Där uppkom behovet av ödmjukt lyssnande och kunskap att vara tyst och veta när det lönar sig att prata. Sivonen (2000) kom in på att vårdandet kan ses som kärlek, omsorg, närhet, lyssnande och frihet som kan bidra till hjälp att finna svar. Intervjuresultatet specificerar Sivonens tankar där vårdandet av personalen kan ses som uppmuntran, stöd, uppskattning i arbetsgemenskapen, rättvist ledarskap, gemenskap, möjlighet att uttrycka önskemål och få dem hörda, ta egna initiativ, bli sedd och bekräftad.

Som del av det holistiska tankesättet finns även patientens anhöriga och deras välmående. I intervjuresultatet framkom anhörigas välmående som en del av patientens behov och patientens välmående. Det berör personcentrering som handlade om att utgå från personens behov, situation, historia och fokusera på patientens bästa. Att vårda patienten är också att se till och ta hand om anhöriga i och med att anhöriga finns som ett stöd för patienten. Alla olika yrkesgrupper sågs som skilda delar som bidrog till patientens tillfrisknande och att nå upp till egna uppsatta mål för vården. Där uppstod vikten av fungerande kontakt mellan patienten, anhöriga och personalen så väl som andra avdelningar och instanser runt patienten för att få till ett fungerande stödnätverk i vardagen runt patienten och dennes anhöriga. För att klara av denna form av holistisk vård är det bra att känna till kulturskillnader och hur människor kommunicerar och fungerar. I intervjuresultatet framkom främst skillnader mellan kyrkan och sjukhuset där det gemensamma var att de båda är en hierarkisk organisation. Grunden, arbetssättet och tankesättet varierar i de olika organisationerna.

Vetenskaperna kan vid första anblick ses som oförenliga i och med deras olika ursprung och tankar, men vetenskaperna i de båda kulturerna kompletterade varandra med sina olika inriktningar med fokus på att hjälpa människan. Människosynen kan ses som samma förutom att inom den humanistiska synen har människan en större plats än det gudomliga till skillnad från det teologiska perspektivet där Gud är större än människan eftersom han skapat henne och hela världen. I vårdvetenskapen finns dock en beröringspunkt med människan som kropp, själ och ande och den holistiska synen på människans olika dimensioner där även andlighet kommer in. Beroende på vilken tro en människa har kan det andliga ta sig olika uttryck där ett av dem är ett sökande efter Gud och friden, kärleken och gemenskapen som finns i Gud. Delkeskamp-Hayes (2010) lyfte fram Gadamer's tankar om lek som en plats där både psykoterapi och själavård kan mötas och samarbeta, vilket behövs för den holistiska vården och personcentreringen. Schuhmann och Damen (2018) var inne på det goda och påpekade att synen på vad som är gott kan variera från människa till människa, vilket även framkom i intervjuresultatet och Gärtner's (2010) tankar

om att varje själavårdande samtal behöver fokusera på människan som helhet och utgå från individens livshistoria.

8.3 Främjande av en positivt vårdande anda i det multiprofessionella teamet

Ledaren kan långt påverka vilken anda som finns i teamet. Redan synen på vem som är ledare kan vara knepig eftersom ledarskap enligt intervjuresultatet kan ses som antingen en position eller som ett arbetssätt. Ifall det fanns en otydlighet vem som var ledare och vem personalen skulle ta kontakt med kunde det resultera i att man blev sin egen chef och tog egna beslut i stället för att följa en gemensam beslutsfattning. Detta kan enligt Svedberg (2012) leda till att team kan börja leva sitt eget liv och växa för starkt och självständigt i en egen riktning. Speciellt ifall ledarskapet är svagt och utan styrning. Därmed behövs en tydlighet i vem som är ledare i ett team. Ledarskapet i en organisation kan enligt Northouse (2010) främja samarbete och kommunikationen mellan olika medlemmar i teamet och delar i organisationen, vilket understöds av intervjuresultatet om organisatorisk kommunikation. Ledningen kan och bör ta tillvara de resurser som finns inom deras organisation där personalen ses som den största resursen. Ifall personalen har det bra kommer det att synas i patientvården att vårdarna orkar vårda när de själva mår bra och upplever att de har kraft och kompetens att utföra arbetet. Däremot kan en fungerande organisatorisk kommunikation och omhändertagande av egen personal påverka annan personal som arbetar inom sjukhusets väggar. På ett sätt kan man se att sjukhusledningen står för mer för det som Northouse benämner externa delen av teamledarskap medan avdelningsskötare eller de närmsta cheferna står för det mer interna teamledarskapet. Ledarna sinsemellan behöver samarbeta och dela ledarskapspositionerna mellan sig enligt förmågor för att främja personalens bästa genom tillräckligt med resurser, fortbildning, uppskattning, stöd, tydlighet i kommunikation m.m. I intervjuresultatet konstaterades personalen vara i en ständigt pågående utvecklingsprocess med inhämtning av formell så väl som informell kunskap. Det formella ses som kurser, fortbildning och övningar i olika former som gav färdighet. Det informella ses arbete med sig själv, erfarenheter och lärdomar som uppkom genom själva arbetet.

Ledningen för sjukhuset ansvarar inte på samma sätt för själavårdarna som är anställd av en annan organisation. Själavården sågs i intervjuerna stå utanför själva vårdandet, som en del av sjukhuset och som ett bra komplement till den övriga vården. Även Kilpeläinen (1969) och Eriksson och da Silva (1991) såg en nödvändighet av ett nära samarbete mellan vårdpersonal och yrkesgrupper som bedriver själavård. Intervjuresultatet visade på att en tydlighet i det egna yrket och i arbetsuppgifterna, öppenhet

mellan yrkesgrupper, kunskap om varandras arbete, användande av varandras resurser och perspektiv och gemensamt beslutsfattande var positiva teamegenskaper som förmedlade trygghet det mångprofessionella teamarbetet. Svedberg (2012) tog upp negativa aspekter med teamarbete som svårigheter att bibehålla den specialkompetensen i tvärvetenskapliga team och överrepresentation av en viss yrkesgrupp.

Goda relationer och ett underhåll av dem behövs för ett gott och produktivt teamarbete och tvärtom (Northouse, 2010), vilket bekräftas i intervjuresultatet där teamarbete konstaterades påverka stämningen på arbetsplatsen positivt och hjälpte till att skapa ett trivsamt arbete där det var lätt att ta kontakt med varandra och där det fanns en öppenhet mellan personal och ledarskapet. En närvarande och samarbetsfrämjande ledare som känner sin personal och deras arbete sågs i intervjuerna som positivt för andan på arbetsplatsen. Ett team med delat ansvar, delade problem och en delad målsättning med nära samarbete och ömsesidigt beroende av varandra sågs som positivt för att se till patientens bästa. Även strävan efter rättvisa, samarbetsförmåga, administrativa uppgifter, förmåga att ge och ta emot och en förmåga att se framåt och planera för framtiden var en del av ledarskapet som påverkar resten av arbetet. I intervjuresultatet framkom personalens längtan efter utrymme att växa både personligt och i sin yrkesroll. I detta hade ledaren en viktig roll i att bekräfta sin personal och ge möjlighet att pröva på någonting nytt och uppmuntran att vidareutbilda sig. Som del i den egna utvecklingen nämndes vikten av att arbeta med och lära känna sig själv och hitta sina egna styrkor. Den närmsta chefen och arbetshandledare kunde vara resurser som gav stöd och uppmuntran för personalen i olika beslut. Både Northouse (2010) och intervjuresultatet såg kommunikationsfärdigheter som en förutsättning för en ledare.

Ett möte behöver ordentligt med tid och utrymme för patienter, personal och ledare för att berätta vad som ligger på hjärtat. Detta stöd av Kettunen (2002) som tog fram att nåd och kärlek förmedlas i exempelvis själavården genom att ge ordentligt med tid. Tid behövs även till relationsbyggen av olika slag. Northouse (2010) betonade även ledarens roll i teamarbetet som en främjare av relationer genom att se till interna och externa problem och sträva efter att lösa dem. I intervjuresultatet framkom förtroende mellan de olika parterna som en viktig del i relationsfrämjandet. Som del av förtroliga relationer betonades ärlighet, ömsesidighet, trygghet, tillit och kärleksfull gemenskap.

9 Metodologiska överväganden

För att kritisera och granska en kvalitativ studie behövs perspektiv som utgår från trovärdighet och tillförlitlighet. Cope (2014) använder sig av Lincoln and Guba från 1985 som presenterade fyra kriterier att ta hänsyn till i en kritisk granskning vid kvalitativa studier: trovärdighet (*credibility*), tillförlitlighet (*dependability*), anpassningsbarhet (*confirmability*), överförbarhet (*transferability*) och äkthet (*authenticity*).

Trovärdigheten berör sanningen i datamaterialet, tolkning och presentation (Cope, 2014). Med tanke på trovärdigheten har ett flertal artiklar från olika delar av världen och Finland använts i studien för att få en bred syn på andlighet och själavård inom vården. Artiklarna har sammanställts för att handla om den nordiska kontexten och specifikt den finländska kontexten inom området för beställningsarbetet. Intervjuerna har utförts i en och samma sjukhuskontext där deltagarna har arbetat inom olika områden som ändå berör och har att göras med varandra.

Enligt Graneheim och Lundman (2004) handlar tillförlitlighet om fokus för undersökningen och hur väl data och analysmetoder adresserar målet för studien. I detta fall handlade studien om hur ledningen kan ta tillvara själavårdens resurser bland det mångprofessionella teamet för att främja en holistisk vård. Materialet och de olika analysmetoderna som insamlats bidrog till att belysa forskningsfrågan med ett induktivt förhållningssätt, vilket var passande för studien i och med transkriberad text och begreppsanalys (Graneheim et.al, 2017). Den kvalitativa metoden möjliggjorde observerande studier i den specifika vårdkontexten och gjorde en djupdykning möjlig inom ett komplext område (Bowling, 2014; Forsberg & Wengström, 2016), vilket rimmar väl med ämnet själavård och multiprofessionalitet som valdes i denna studie.

Från början var tanken att helt och hållet utföra en kvalitativ innehållsanalys med semistrukturerade intervjuer. Efter att forskningslov beviljats sändes förfrågningar ut till eventuella informanter. På grund av Covid-19 pandemin och struktureringen av ett nytt välfärdsområde var det flertalet av de tillfrågade som tackade nej till medverkan i studien. Vissa som tackat ja hoppade även av studien. Detta resulterade i att endast tre intervjuer utfördes, vilket inte gav datamättnad. Positivt var att de tre deltagarna representerade olika områden: själavårdare, vårdpersonal och ledare, vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) ökade möjligheten att belysa forskningsfrågan ur olika perspektiv. Under intervjuernas

gång avsattes ordentligt med tid, men i en av intervjuerna blev det till viss del avbrott p.g.a. arbetsärenden.

En innebördsskillnad uppstod i intervjuerna vid frågan ”Vad betyder personcentrerad vård för dig utgående från ditt arbete?”. I en av intervjuerna användes begreppet patientcentrerad i stället för personcentrerad. Tanken var från början att använda begreppet personcentrerad under studiens gång. Det blev däremot en mindre ändring av syftet och forskningsfrågan efter insamlingen av materialet där det personcentrerade ändrades till holistisk vård i och med att det ansågs spegla innehållet på ett mer genomgripande sätt. Överlag strävades det till bibehållande av neutralitet från intervjuarens sida under intervjuernas gång (Forsberg och Wengström, 2016). I analyskedet uppstod vissa svårigheter att få intervjumaterialet helt avgränsat i kategorier eftersom allt gick in i varandra. Det var svårt att hålla ordning på den röda tråden i hela arbetet. Dessutom innehöll intervjuerna ett flertal olika betydelser på olika nivåer. Som del i den kvalitativa innehållsanalysen finns det manifesta och latent innehåll (Graneheim & Lundman, 2004). Under analyskedet försökte jag bibehålla det manifesta innehållet, men med en viss tolkning av materialet mot det latent innehåll. Där kan den subjektiva synen och förförståelsen ha präglat tolkningen, vilket enligt Cope (2014) kan ha påverkat anpassningsbarheten av materialet.

På grund av det låga deltagarantalet i intervjustudien utfördes en delstudie med två begreppsanalyser som komplement till den empiriska delen. Tanken var att göra en begreppsanalys enligt Koort, men eftersom begreppet självvård var väldigt fristående utan synonymer blev den semantiska analysen och diskriminationsanalys omöjlig att göra. Därför användes i sin tur Rodgers begreppsanalys som ett komplement till den etymologiska analysen enligt Koort. Till viss del färgade resultatet från begreppsanalysen enligt Koorts metod den vidare analysprocessen med Rodgers metod eftersom det första resultatet konstaterade bristen på synonymer. Därav blev det svårt att med öppet sinne gå över till Rodgers metod för att hitta synonymer och relaterade begrepp eftersom förförståelsen att det inte finns synonymer låg i bakgrunden. Samtidigt som det var utmanande var det även intressant att se olika begrepp stiga fram som kunde användas som en del av självvård, exempelvis beskrivningen ”te för själen”. Subjektiviteten kan ha påverkat anpassningsbarheten enligt Cope (2014).

Med tanke på överförbarheten av resultatet enligt Cope (2014) är den genomförda studien baserad inom en specifik finländsk vårdkontext. Utformningen av studien är till viss del allmän och kan därför

appliceras på olika områden som exempelvis avdelningar och vårdssituationer. Med tanke på att studien är utförd i en finländsk kontext där själavården är starkt knuten till den kristna tron kan överförbarheten skapa problem till forskningar som berör andra religioner, trosinriktningar och kulturer utanför den finska och nordiska kontexten. Själva studien kunde ha gjorts mer specifik för den särskilda kontexten varifrån beställningsarbetet uppkom eller mer allmänt inkluderande av olika religioner och andliga uttryck för en mer internationell användning.

För främja äktheten enligt Cope (2014) har objektivitet och fördomsfrihet försökt eftersträvas så gott som möjligt i studien. Begränsningen av studien och forskningsfrågan kunde ha gjorts tydligare. Forskningen gjordes som en del i ett beställningsarbete från sjukhussjälavårdare i ett regionsjukhus på Finlands västkust där beskrivningen för arbetet gav fria ramar och möjligheter till forskning. Detta bidrog till att området blev intressant på flera plan och därmed uppkom ett för brett fokus som gjorde det svårt att hålla ordning på alla moment i studien. Dels inkluderades flera analysmetoder som analyserade områden som hör till själavård, vårdpersonal, patienter och ledarskap inom vården. Samtidigt gav det även en förklaring till den holistiska synen att ett område är sammankopplat med och påverkar ett annat.

10 Slutsats

Självvård är en skild del inom det existentiella stödet med fokus på kristen andlighet. Självvården gagnar ledare, vårdare och patienter genom exempelvis personliga samtal och arbetshandledning. Organisatorisk kommunikation är en väsentlig del i ledandet och förvaltandet av resurser inom ramen för vård. Kommunikationen finns i (1) fokuseringen till människorna inom och utom organisationen, (2) mångprofessionaliteten mellan personalgrupper och (3) medvetenheten samt förståelsen för behov och kulturskillnader. Förslag till fortsatt forskning kunde vara att specifikt fokusera på patienternas eller anhörigas upplevelser av självvård. Som vidare forskning kunde även en experimentell studie göras om personalens andliga behov och välmående där arbetshandledning av självvårdare införs som stöd och vård för personalen. Andra förslag för vidare forskning kunde vara att granska hur självvårdarna kan få stöd att vårda. Ett sista förslag på vidare forskning kunde vara att granska ledarskapets användning av organisatorisk kommunikation. Den genomförda studien kompletterar den tidigare forskningen med ett finländskt perspektiv på sjukhussjälvvården i ett mångprofessionellt team och dess gemensamma inverkan på holistisk vård.

Litteraturförteckning

- Aha.** (2006) Självvård, själasörjare. *Aha Respons – Modern kunskap för alla*. Bertmarks förlag.
- de Andrade Alvarenga, W.; Rezende Machado, J.; Andrade Biaggi Leite, A. C.; Caldeira, S.; Vieira, M.; Santiago da Rocha, S.; Castanheira Nascimento, L.** (2021) Spiritual Needs of Brazilian Children and Adolescents with Chronic Illnesses: A Thematic Analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 60:39-45 <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.02.020>
- Anthony, G-M & Heisman, S.** (2018) A merciful response to miscarriage and stillbirth. *Ethics & Medics*, 43 (12) 2018
- Bowling, A.** (2014) *Research methods in health: investigating health and health services* (4. uppl). Open University Press
- Byrne, M.** (2007) Spirituality in palliative care: what language do we need? Learning from pastoral care. *International Journal of Palliative Nursing*, 2007 Vol. 13, Nr. 3.
- Callis, A. M.** (2020) Application of the Roy Adaptation Theory to a Care Program for Nurses. *Applied Nursing Research*, 56 <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151340>
- Cole Jr., A. H.** (2010). What Makes Care Pastoral?. *Pastoral Psychology* 59:711-723 DOI: 10.1007/s11089-010-0296-5
- Cope, D. G** (2014) Methods & Meanings. *Oncology Nursing Forum*, Vol. 41 nr. 1 s. 89-91 DOI: 10.1188/14.ONF.89-91
- Delgado-Guay, M. O.** (2018) Developing a healing environment for broken souls of patients with life-threatening illnesses and their caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55 (4) 2018 <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.12.477>
- Delkeskamp-Hayes, C.** (2010) Pastoral versus Psychological Counseling in Bioethics. *The Journal of Christian Bioethics*, 16(1), 1-8, 2010 doi:10.1093/cb/cbq004
- Eriksson, K. och da Silva, A. B.** (1991). *Vårdteologi* (Rapport 3/1991). Åbo Akademi, Vårdforskning, Institutionen för vårdvetenskap.
- Evangelisk-lutherska kyrkan i Finland.** (2021, november). *Kyrkans Sjukhussjälvård*. <https://evl.fi/plus/sjalavard/sjukhussjalavard>
- Forsberg, C. och Wengström, Y.** (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. uppl). Natur & Kultur
- Forskningsetiska delegationen.** (2012). God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. Forskningsetiska delegationens anvisningar.

- Forskningsetiska delegationen.** (2019). Etiska principer för humanforskning och etikprövning inom humanvetenskaperna i Finland. Forskningsetiska delegationens anvisningar.
- Graneheim, U.H. Lindgren B. & Lundman B.** (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today* 56 (2017) 29-34
- Graneheim, U.H. & Lundman B.** (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* (2004) 24, 105-112
DOI:10.1016/J.NEDT.2003.10.001
- Gärtner, S.** (2010). Staying a Pastor while Talking Like a Psychologist? A Proposal för an Integrative Model. *Christian Bioethics*, 16 (1), 48-60, 2010 DOI: 10.1093/cb/cbq006
- Kettunen, P.** (2002). The function of confession: A study based on experiences. *Pastoral Psychology*, Vol 51, No. 1. September 2002. DOI:0031-2789/02/0900-0013/0
- Kilpeläinen, I.** (1969). *Att lyssna och hjälpa – handbok i själavård*. Församlingsförbundet.
- Koskinen, L.** (2014, mars 22) *Vad är humanism?* So-rummet. <https://www.so-rummet.se/fakta-artiklar/vad-ar-humanism#>
- Koskinen, L. & Levén, S.** (2021, mars 22) *Finns Gud?* So-rummet. <https://www.so-rummet.se/fakta-artiklar/finns-gud#>
- Koss, S. E.; Weissman, R.; Chow, V.; Smith, P. T.; Slack, B.; Voytenko, V.; Balboni, T. A.; Balboni, M. J.** (2018) Training Community Clergy in Serious Illness: Balancing Faith and Medicine. *Journal of Religion and Health*, 57:1413-1427 <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0645-8>
- Magazi, V.** (2020). Positioning care as 'being with the other' within a cross-cultural context: Opportunities and challenges of pastoral care provision amongst people från diverse cultures. *Verbum et Ecclesia* 41(1), a2041. <https://doi.org/10.4102/ve.v41i1.2041>
- NEO.** (1996) *Själavård, själasörjare. Nationalencyklopedins ordbok*, tredje bandet. Bokförlaget Bra Böcker
- Northouse, P. G.** (2010). *Leadership – theory and practice* (5 uppl.). SAGE
- Peltomäki, I.** (2019). Therapeutic turn – Pastoral care in Finnish Lutheranism before and after the 1960s. *Studia Theologica – Nordic Journal of Theology*, Vol 73, Nos 2, 179-198
- Raffay, J.; Wood, E.; Todd, A.** (2016). Service users views of spiritual and pastoral care (chaplancy) in NHS mental health services: a co-produced constructivist grounded theory investigation. *BMC Psychiatry* (2016) 16:200 DOI: 10.1186/s12888-016-0903-9
- Reichmann, S.** (2017). *Själavård vid kökbordet*. XP Media

- Saad, M. & de Medeiros, R.** (2010) Programs of religious/spiritual support in hospitals – five "Whies" and five "Hows". *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*. DOI 10.1186/s13010-016-0039-z
- SAOB.** (n.d.a) Självvård, själasörjare. *Svenska akademiens ordbok*. Hämtad 31.3.2022, från https://svenska.se/saob/?sok=sj%C3%A4lav%C3%A5rd&pz=4#U_S2777_227117
- SAOB.** (n.d.b) Vård. *Svenska akademiens ordbok*. Hämtad 31.3.2022, från https://svenska.se/saob/?id=V_1583-0240.b7WL&pz=3
- Schuhmann, C. & Damen, A.** (2018). Representing the Good: Pastoral Care in a Secular Age. *Pastoral Psychology*, 67:405-417
- Sivonen, K.** (2000). *Vården och det andliga – en bestämning av begreppet 'andlig' ur ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Åbo Akademis förlag
- Sivonen, K.; Kasén, A.; Eriksson, K.** (2010). Semantic analysis according to Peep Koort – a substance oriented research methodology. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24:12–20. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00817.x
- Smith Jr., A.** (2020). Certain Moral Challenges for Pastoral Care in Today's Early Twenty-First-Century World. *Pastoral Psychology* 69:69-76 DOI: 10.1007/s11089-019-00893-2
- Svedberg, L. (2012) *Gruppsykologi – Om grupper, organisationer och ledarskap* (5 uppl.). Studentlitteratur
- SO.** (n.d.b) Självvård. *Svensk ordbok*. Hämtad 31.3.2022, från <https://svenska.se/so/?id=171945&pz=5>
- Teague, P.; Kraeuter, S.; York, S.; Scott, W.; Furqan, M. M.; Zakaria, S.** (2019) The Role of the Chaplain as a Patient Navigator and Advocate for Patients in the Intensive Care Unit: One Academic Medical Center's Experience. *Journal of Religion and Health*, 58:1833-1846
<https://doi.org/10.1007/s10943-019-00865-z>
- Toftthagen, R. & Fagerström, L. M.** (2010) Rodger's evolutionary concept analysis – a valid method for developing knowledge in nursing science. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24:21-31 doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00845.x

Referens	Koncept	Föregångare	Attribut	Konsekvenser
de Andrade Alvarenga et al.	Andliga behov hos barn och tonåringar med kronisk sjukdom	Religiös och andlig utövning	Själv-vård; andligt stöd och tröst; behov av mening och mål; behov att uppehålla hopp; behov att uttrycka tro och utöva religion; behov av bekvämlighet i livets slutskede; behov att ha kontakt med familj och vänner; relation med Gud; förmåga att förstå någon annan	Vårdpersonal hjälpte patienten att få andlig tröst och stöd genom vägledande samtal; En tro och relation med Gud hjälpte pediatrika patienter att hitta hopp, tröst, styrka och vägledning i livet.
Callis	Att själavårda sjukskötare	Uppmuntran till öppenhet och att berätta sin historia; helande	Själv-vård; förmedla en tillämpbar respons till svåra händelser; känslomässigt stöd; känslomässiga behov; uttrycka och utforska känslor; hantera traumatiska händelser; ge verktyg att ta hand om sig själv; medlidande; reflektion; bygga moraliskt mod; närvaro; psykisk och andlig integritet	Andligt välmående har konstaterats minska emotionell utmattning; ”Tea for the soul” är ett program inom sjukhuset som ger utrymme för vårdare att regelbundet reflektera olika upplevelser och trauman genom stödjande samtal, feedback, medlidande, tröst och hjälp vidare genom samtal med en pastor, socialarbetare eller rådgivare; Te för själen hjälper vårdare att öka deras välmående.
Koss et al.	Att balansera tro (kyrka) och medicin (sjukhus) i vård i livets slutskede	Kyrkligt traditionsperspektiv	Att lyssna och ta in situationen; fungera som stöd för familjen; andlig hälsa; få perspektiv; möjlighet till mirakler; be för mirakel; andliga och medicinska behov; religiösa och andliga behov; andligt stöd	”När du får perspektiv på döden kan du också få perspektiv på vad livet handlar om”; En berättelse där en mamma fått beskedet att hennes barn skulle födas handikappad. Hon var rädd, men fick hjälp genom tro, genomgång av

				sina värderingar, bön och födde sist och slutligen ett friskt barn.
Teague et al.	Samarbete och navigering i patientsamtal utförda av en pastor	Person som förser andlig vård; stöd och andlig vägledning	Stödja familjer; komma över hinder som hindrar tillfrisknande och hälsa; vara till hjälp i att nå klarhet; hantera emotionell och andlig smärta; hantera bioetiska frågor; att vara samstämmig med olika aspekter i patientens liv; källa till stöd; interventioner för andlig vård; vägledning; ritualer; tillbedjan; andliga behov; andlig tillämpning	Vård och vägledning av en sjukhuspastor kan leda till fler remisser vidare till palliativ vård och minskade dödsfall på intensivvårdsavdelning
Anthony & Heisman	Att hantera missfall m.h.a. en pastor	Kristus möter människan i smärtan	En resa mot helande; förvandling av tanke, kropp och själ; förvandling genom Guds kärlek; bli tröstad; få nåd från Gud genom hans kyrka	Från en känsla av övergivenhet till kunskap och kraftfull gemenskap
Delgado-Guay	Lindra lidande genom en helande omgivning	Gud kan hela en människa	Lindra lidande; frid; hitta mening och kontakt; andlig nöd; andlig smärta obesvarade böner; andliga eller religiösa behov; andlig tröst; andligt stöd; andligt stöd från medicinskt team; att älska och vara älskad	Från svårighet att hantera t.ex. en livshotande sjukdom, ifrågasättande av högre makter eller känsla av avvisande och ilska till Gud kan identifiering av lidandets natur och erbjudande av vård där andlig vård är en del hjälpa patienten att skapa en helandeprocess som återförenar deras brustna själ med deras Gud eller högre makt; Personer som fått andligt stöd från deras religiösa sammanhang och från deras medicinska team hade mindre

				interventioner i livets slutskede och mindre dödsfall på intensivvårdsavdelningar
--	--	--	--	---

Tabell med vidare forskning enligt Rodgers begreppsanalysmetod

Bilaga 2

Referens	Koncept	Vidare forskning
de Andrade Alvarenga et al.	Andliga behov hos barn och tonåringar med kronisk sjukdom	Beskriva termen andlighet och andliga behov; identifiera vårdpersonalens och själavårdens roller i att möta andliga behov
Callis	Att själavårda sjukskötare	Identifiera möjligheter att själavårda personalen i en finländsk sjukhuskontext
Koss et al.	Att balansera tro (kyrka) och medicin (sjukhus) i vård i livets slutskede	Utforska behovet av fördjupad medicinsk kunskap för själavårdare; behövs ett utökat medicinskt behov eller behöver ett tätare samarbete främjas mellan själavårdare och vårdpersonal
Teague et al.	Samarbete och navigering i patientsamtal utförda av en pastor	Undersöka själavårdens roll och möjligheter i krishantering bland jourpatienter och deras anhöriga.
Anthony & Heisman	Att hantera missfall m.h.a. en pastor	Vidare undersöka hur sjukvården kunde erbjuda själavård för patienter och familjer som genomgått ett missfall
Delgado-Guay	Lindra lidande genom en helande omgivning	Identifiera hur vårdare fångar upp patientens behov av andlig vård; identifiera vårdarnas egna uttryck för behov av själavård