

Olavstipendet 2025 - høst

Å være prest når ordene ikke strekker til

En studie av menighetsprestens tilretteleggelse av
trosutøvelse på sykehjem

Anna Dalaker, prest ved Tasta sykehjem

Før vi starter:

Dei gamle kvinnene¹

Sterkare enn alle
er dei gamle kvinnene
dei kan bera sju vaksne søner
på strakt hjarta
løfta opp ein fallen sjømann
med sine krokete fingrar
falda i bøn

Og utan å klage
kan dei vake under vekta av
ein gjennomsnitts småby
med blytunge sorger
som søv

Sterkare enn alt i verden
er dei gamle kvinnene
dei lever av luft og einsemd
riv av kalenderen med stor ro
og greier nesten
å overvinne døden

Åse Marie Nesse 2006: 149

¹ Rettighetshaver har gitt tillatelse til bruk her.

Sammendrag

Det er forsket lite på hvordan menighetsprester tilrettelegger trosutøvelse for mennesker med demens. Det finnes noe forskning fra Storbritannia, men ingenting fra Norge.

Formålet med denne studien er å undersøke og beskrive menighetsprestens praksiser på sykehjem, samt deres opplevelse av å være prester i denne konteksten.

Data til studien er innsamlet gjennom fire fokusgruppediskusjoner med prester ansatt i fire prostier, i fire ulike bispedømmer. Informantene i studien ble spurt om å delta fordi de er ansatt i et bestemt prosti og utfører prestedtjeneste på sykehjem. Variasjon i både kirkelig profil og geografi var to premisser som lå til grunn ved valg av prostier.

Fokusgruppene bestod av mellom fem og syv deltakere, og det var til sammen 22 informanter: 12 kvinner og 10 menn. Gruppesamtalene varte i 90 minutter og ble tatt opp som lydfil som deretter ble transkribert.

Menighetsprestene besøker sykehjemmene i menighetene, hovedsakelig for å tilrettelegge trosutøvelse i fellesskap, i form av andakter og gudstjenester. Individuell trosutøvelse i form av individuelle samtaler og sjelesorg forekommer, men ikke ofte. Det finnes ingen mal eller liturgi for andakter og gudstjenester på sykehjem, og informantene har «andakt på hvert sitt vis».

Å komme som prest på sykehjemmet beskrives som å tre inn i en fremmed verden. Noen forteller om godt oppmøte på andakter og gudstjenester, og om andaktsdeltakere som gir uttrykk for stor takknemlighet. Dette bidrar til at tjenesten på sykehjem oppleves meningsfull. Andre vektlegger at det oppleves krevende og utfordrende å være prest på sykehjemmet. Samarbeid med ansatte oppleves også forskjellig. Noen beskriver et godt samarbeid, mens andre sitter med en opplevelse av å være «en stein i skoen».

Informantene har ingen formell kunnskap hverken om demens eller tilretteleggelse av trosutøvelse i demensomsorgen. Flere har imidlertid realkompetanse relatert til konteksten. Denne har de tilegnet seg gjennom å ha vært pleiemedhjelpere på sykehjem i studietiden, innspill fra kollegaer, pårørendeerfaring og refleksjon over egen praksis.

Innhold:

1.0 Bakgrunn for studien	6
2.0 Innledning	7
2.1 Gudstjeneste- og andaktsdeltakere på sykehjem	7
2.2 Demens	11
2.3 Tro og trosutøvelse hos mennesker med demens	17
2.4 Formål med studien	26
3.0 Metode	27
3.1 Studiens design	27
3.2 Informantene	27
3.3 Datainnsamling	28
3.4 Analyse av materialet	29
3.5 Refleksivitet	29
3.6 Etikk	31
4.0 Resultater	31
4.1. Kontekst	32
4.2 Tilretteleggelse av trosutøvelse i fellesskap	37
4.3 Tilretteleggelse av individuell trosutøvelse	49
4.4 Informantenes opplevelse av prestetjenesten på sykehjem	51
4.5. Kunnskap om konteksten	56
4.6 Videreutvikle Den norske kirkes praksiser på sykehjem	58
5.0 Diskusjon	61
5.1 Tilretteleggelse av trosutøvelse i fellesskap	62
5.2 Tilretteleggelse av individuell trosutøvelse	68
5.3. Informantenes opplevelse av prestetjenesten på sykehjem	70
6.0 Konklusjon	76
7.0 Implikasjoner for praksis	77
7.1 En trosbekreftelsesreform	78
7.2 Samarbeid med sykehjemmet	80
7.3 Fra felles andakt til besøk på rommet og lysandakt på avdelingene	80
7.4 Rammer for tilretteleggelse av trosutøvelse på sykehjem	82
7.5 Ressurser for tilretteleggelse av trosutøvelse	84
8.0 Noen ressurser	86
8.1 Digitale ressurser	86
8.2 Forslag til liturgi for lysandakt	86

8.3 Tips og råd med tanke på tilretteleggelse av trosutøvelse på sykehjem.....	88
8.4 Et samtaleopplegg for ansatte i prostiet.....	88
9.0 Litteratur	90
10. Etterord	96
11. Vedlegg: Informasjons- og samtykkeskriv.....	98

1.0 Bakgrunn for studien

Vi tilhører en kirke der Ordet står i sentrum og hvor den kognitive dimensjonen ved tro understrekes. Verbal kommunikasjon er verktøyet med stor V i verktøykassen til oss prester. Vi bruker ord både når vi forkynner og når vi utøver sjelesorg. De fleste beboere i sykehjem har enten kognitiv svikt eller en demenssykdom. Dette innebærer at på sykehjemmet befinner vi oss i en kontekst der vi opplever at ordene våre ikke alltid strekker til. Da jeg startet som prest på Tasta sykehjem for rundt ti år siden, opplevdes dette utfordrende i betydning krevende. Jeg hadde i studietiden hatt en andakt på sykehjem, men bortsett fra det hadde jeg nesten ingen erfaring eller kompetanse relatert til eldreomsorg og/eller demensomsorg. Men, jeg hadde bodd og jobbet i Mali, noe som innebærer at jeg har erfaring med å miste ordene, både det å uttrykke meg og det å forstå andre. Til min store forundring viste det seg at å ha sittet på en stråmatte på et jordgulv i Afrika og ha lyttet til rytme, tonefall og lyden av fulani, var en verdifull erfaring når ordene ikke strekker til.

Jeg fikk ansvar for prestatjenesten på den skjermede demensavdelingen. Der møtte jeg en avdelingsleder som hadde et sterkt faglig engasjement rundt åndelig omsorg overfor personer med demens. I starten fungerte hun som en slags «guide» inn i demensomsorgen for meg, og senere utviklet vi et fruktbart samarbeid. De viktigste læremesterne mine med tanke på tilretteleggelse av trosutøvelse i demensomsorgen har imidlertid vært beboerne (Dalaker et al. 2023). Etter hvert som jeg ble kjent med folk og fikk høre deres livs- og troshistorie, oppdaget jeg hvor viktig tro er for beboerne. Ikke bare for de som tidligere har vært aktive i kirke og misjon, men også de som ikke har «slitt kirkebenkene ned» som voksne. Mange av disse snakker varmt om barnetroen som noe trygt og godt. Når jeg ble kjent med folk ble det å være prest på et sykehjem ikke lenger utfordrende i betydning krevende, men mer i betydning spennende. Hvordan kunne jeg tilrettelegge trosutøvelse for beboere i sykehjem på en måte som er tilpasset konteksten?

Jeg er én av mellom 15 og 20 prester og diakoner som er ansatt på sykehjem i Norge. På de fleste sykehjem er det imidlertid prester og diakoner fra lokalmenighetene som har

ansvar for å tilrettelegge trosutøvelse i sykehjem. De har helt andre rammebetingelser for tjenesten enn det vi som er ansatt på institusjonene har. Jeg var nysgjerrig på hvordan det er for menighetsprester å være prester i denne konteksten, noe som inspirerte meg til å gjennomføre denne studien. Menighetsprester er ikke alene om å tilrettelegge trosutøvelse på sykehjem. I mange menigheter har de ansvar for denne oppgaven i samarbeid med diakoner og organister. Fokuset i denne studien vil imidlertid være på prestene. Jeg vil her undersøke hvilke erfaringer menighetsprester har med å tilrettelegge trosutøvelse på sykehjem og hvordan det oppleves for dem å være prester i denne konteksten.

2.0 Innledning

2.1 Gudstjeneste- og andaktsdeltakere på sykehjem

Å bli gammel

Vi blir stadig flere eldre og gamle i Norge. Ifølge Statistisk sentralbyrå forventes det at antall personer i alderen 67 og eldre skal øke med 60 % fram til 2050 (Aalandslid 2024). Vi som lever i dag, lever lengre, har bedre helse, bedre økonomi og større valgmuligheter enn det tidligere generasjoner har hatt (MacKinlay 2017).

Det har lenge vært vanlig å definere alder kronologisk (MacKinlay 2017). For eksempel definerer WHO at vi blir gamle når vi passerer 75 år, mens personer i alderen 65 – 74 år defineres som eldre (Engedal 2008). Den australske sykepleieren og presten MacKinlay (2017) påpeker at det i dag er mye større variasjon innenfor en generasjon enn det var tidligere, og argumenterer for at det er mer hensiktsmessig å definere alder ut fra funksjon, og ikke kronologi. I dag brukes betegnelsene den «tredje» og «fjerde» alder av aldersforskere (MacKinlay 2017; Bakken 2022). Mennesker i den tredje alder er gamle mennesker som lever selvstendige liv, mens mennesker i den fjerde alder er skrupelige gamle som enten er avhengig av hjelp i hjemmet eller som bor på institusjon (MacKinlay 2017).

Til tross for at befolkningen blir stadig eldre, er de gamle ikke særlig synlige i samfunnet. Dette gjelder særlig kvinner. Det er ingen som er «så ignorert og som har så liten

påvirkning i samfunnet rundt seg som eldre kvinner» (Drangsholt 2023: 125). Heller ikke på Stortinget er andelen eldre særlig høy. Gjennomsnittsalderen på Stortinget har aldri vært lavere enn i dag. I det Stortinget som ble valg høsten 2025 er kun én representant over 65 år, og det er til sammen 15 representanter som er 60 år og eldre (Briceño et al. 2025). I 2024 viser statistikken for Den norske kirke at ni av ti i den eldste delen av befolkningen, det vil si de over 80 år, er medlemmer i kirkesamfunnet (Den norske kirke 2025). Til tross for dette, sies det ingenting om eldrebølgen, demens eller mennesker i livets slutfase, hverken i Kirkens diakoniplan eller Kirkens strategiplan (Den norske kirke 2020; 2022).

En årsak som ofte trekkes fram når en skal forklare usynliggjøring av gamle mennesker i vårt samfunn, er det som kalles for «alderisme. Alderisme er negative og stereotypiske holdninger til gamle mennesker (Gran 2019; Bakken 2022). Diskriminering på grunn av alder er vanlig i mange vestlige land, og gamle mennesker verdsettes kun når de ikke lever opp til samfunnets stereotypiske fordommer til eldre (Brooker 2013). Alderisme regnes som en av de største utfordringene knyttet til det å bli gammel (MacKinlay 2017). Vi lever dessuten i et samfunn med stort fokus på prestasjoner (MacKinlay 2017). De fleste eldre er ikke lenger yrkesaktive. Mange eldre gjør en viktig innsats som frivillige, men det teller ikke i samme grad som å være yrkesaktiv (Gran 2019). En av aldringsteoriene, den såkalte «tilbaketrekningsteorien», forstår aldringsprosessen som en «kroppslig, iboende og uunngåelig degenerasjonsprosess», som innebærer at det blir naturlig å trekke seg tilbake fra ulike sammenhenger (Bakken 2022: 31). For noen innebærer den fysiske prosessen også en endring av verdisyn. Det å prestere eller «å gjøre» er ikke lenger så viktig. En blir mer opptatt av «å være» (MacKinlay 2017).

Beboere i sykehjem

De fleste beboere i sykehjem er 80 år eller eldre (Hoen & Abrahamsen 2025). Dette innebærer at de tilhører den aldersgruppen i befolkningen der flest er medlemmer i Den norske kirke. Som allerede nevnt, blir vi stadig eldre her til lands. Det har lenge vært uttalt politikk i Norge at syke og gamle skal bo hjemme så lenge som mulig (Helse- og omsorgsdepartementet 2023). Som en konsekvens av dette har beboere i sykehjem blitt

stadig sykere. I dag har opptil 85 % av beboere i sykehjem en demensdiagnose (Helse- og omsorgsdepartementet 2020).

Tap og sorg er et av menneskelivets grunnvilkår, men når vi kommer opp i en viss alder, kommer tapene mye tettere og på flere områder i livet. Noen puster lettet ut når de kan tre inn i pensjonistenes rekker, mens for andre oppleves det å ikke lenger ha en jobb å gå til som et stort tap. Det kan handle om tap av mening eller tap av identitet, begge viktige eksistensielle tema i livet for de fleste av oss. Å bli gammel er ingen sykdom, men når man kommer opp i årene, er man mer utsatt for sykdom (Bakken 2022). Det kan handle om kroniske sykdommer som begrenser livsutfoldelsen, men også livstruende sykdommer rammer oftere enn når man er yngre. Slekt og venner dør. I perioder kan det oppleves som om begravelsene kommer oftere enn festene (Ericsson 2024). Skal man «treffe gamle venner», må man ta en tur på kirkegården². Selv om man får beholde helsen, vil de fleste oppleve at krefter og overskudd er mindre enn da de var yngre. Man klarer ikke det samme som tidligere, og det er normalt. Kanskje må man flytte fra drømmehuset der man har bodd i en mannsalder? For noen er det en lettelse å slippe vedlikehold og hagestell, mens for andre er det et stort tap.

Den nyeste eldrereformen, som ble lagt fram for Stortinget i juni 2023, har fått navnet «Felleskap og meistring. Bu trygt heime» (Helse- og omsorgsdepartementet 2023). De fleste av oss ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, helst resten av livet. Men for noen kommer det til et punkt der det ikke lenger er mulig å bo trygt hjemme, og de får plass på et sykehjem. Før årtusenskiftet hadde mange sykehjem to- og firemannsrom. I dag har de fleste sykehjem enerom med eget bad, men likevel er det for mange en stor overgang å flytte fra hjemmet sitt og inn på et rom på sykehjemmet. Noen kjenner på ambivalens. De er takknemlige og glade for at de endelig har fått innvilget sykehjemsplass. De har erfart at det ikke lenger er mulig å bo trygt hjemme. Samtidig savner de hjemmet sitt³. Å flytte hjemmefra innebærer for mange enda en opplevelse av tap og sorg (Gran 2019).

² Samtale med konfident.

³ Samtaler med beboere.

«Ingen e bare det me ser», synger Bjørg Eidsvåg. Det gjelder også for beboere i sykehjem. De har sine historier, på godt og vondt. Selv om de i dag er skrøpelige gamle, har mange av dem tidligere utmerket seg på mange områder i livet. Det henger en del diplomer for Kongens fortjenestemedalje rundt omkring på landets sykehjem. Personsentrert omsorg er de siste årene blitt den rådende omsorgsfilosofien i demensomsorgen i norske sykehjem (Halland 2025). Dette er en omsorgsfilosofi som handler om å se det enkelte menneske, noe som blant annet innebærer å bli kjent med den enkelte beboers livshistorie, erfaringer og verdier (Brooker 2013).

Vi må ikke glemme betydningen av humor. Beboerne har mange helseplager, men det betyr ikke at de har mistet evnen til å fortelle en vits eller le av komiske situasjoner. Selvfølgelig avhenger det av i hvor stor grad de kognitive evnene er svekket, men humor er ofte en buffer i møte med krevende livssituasjoner (MacKinlay & Trevitt 2012). I demensomsorgen snakker man om «de gylne øyeblikkene», de øyeblikkene der man oppnår kontakt, der man gleder seg sammen med beboerne, og der et gammelt menneske er i stand til å formidle noe verdifullt fra sin livshistorie (Trevitt & MacKinlay 2004).

Brukere av dagsenter

Flere kommuner har de siste årene kuttet ned på antall sykehjemsplasser (Sykepleien 2024). Nå skal, som tidligere nevnt, alle bo hjemme lengst mulig. Dette gjelder også personer med demens. Som en følge av Samhandlingsreformen som kom i 2012, har kommunene overtatt stadig flere oppgaver fra sykehusene, og mye av veksten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har i hovedsak gått til personer under 67 år. En konsekvens av dette innebærer at det er blitt stadig vanskeligere å få tildelt sykehjemsplass, også for personer over nitti år (Gautun 2020).

I tillegg til beboere i sykehjem deltar ofte også dagsenterbrukere på sykehjemsandakten. Dagsenterbrukere er også mennesker i den fjerde alder. Selv om disse er friskere enn beboere på sykehjem, er mange allikevel såpass skrøpelige at de, av ulike årsaker, ikke klarer å delta på gudstjenester i lokalmenigheten sin (MacKinlay 2017; Bolton et al. 2019).

Det finnes i dag ingen oversikt over hvor mange av dagsenterbrukerne som har demens, men vi må anta at en del av dem som benytter seg av et dagsenter, har en form for kognitiv svikt eller demens i et tidlig stadium. Personer med høy utdanning og gode sosiale ferdigheter kan ofte være flinke til å skjule en begynnende demenssykdom og kan virke friskere enn det de er (Johnson & Johnson 2007). Fra og med januar 2020 har kommunene hatt plikt til å tilby personer med demens som bor hjemme dagaktivitetstilbud (Helsedirektoratet 2024).

2.2 Demens

Noen kjennetegn på demens

Den forventede levealder i Norge har steget kontinuerlig fra 1846 til 2020 (Bævre 2025). At vi i dag lever betydelig lenger enn på 1850-tallet er i utgangspunktet noe positivt. Samtidig øker risikoen for å utvikle demens jo eldre man blir. Den viktigste risikofaktoren for å utvikle demens er høy alder. En regner med at rundt 100 000 personer har demens i Norge i dag. Dette tallet er forventet til å stige til 235 000 i år 2050 og til 380 000 i år 2100. (Helse- og omsorgsdepartementet 2020). Utviklingen av demens kan ta fra 2 til 15 år, eller mer. De fleste personer som har en demensdiagnose, bor hjemme. Det er kun på slutten av demensforløpet, når omsorgsbehovet er omfattende, at man får plass på sykehjem (Gjørå & Michelet 2018; Ydstebø et al. 2020).

Demens er en fellesbetegnelse på en rekke sykdommer som rammer hjernen (Engedal 2016). Demens er en kronisk, progredierende og dødelig tilstand. En demenssykdom er noe man må leve med resten av livet. Man kan forvente å bli gradvis sykere, og en del av dem som blir rammet, vil til slutt være helt avhengige av hjelp. Det finnes ingen typisk demenspasient (Ryan et al. 2005). Symptomene varierer fra person til person, alt etter hvem vedkommende er, hvilken mestringskompetanse personen har, graden av støtte i det sosiale nettverket, hvilket sted i hjernen som er rammet, dagsform og hvor i sykdomsforløpet vedkommende befinner seg (Engedal 2016; Sabat 2018; Kitwood 2019).

Kognitive symptomer ved demens

Demens er en fryktet tilstand (Hudson 2016; Gran 2019). For mennesker i den tredje alder oppleves demens som en større trussel enn kreft (MacKinlay 2017). En demenssykdom rammer hele mennesket. Det skilles gjerne mellom kognitive, motoriske og nevropsykiatriske (atferdsmessige) symptomer (Engedal & Haugen 2018). Vi skal her se på noen kognitive symptomer som bidrar til at «ordene ikke strekker til» i møte med personer med demens.

Allerede tidlig i et demensforløp vil mange få problemer med tidsoppfatningen (Engedal 2008). Det handler både om å holde rede på dager, uker og årstider, men også å forstå og føle tiden som en dimensjon. Mange sliter med å plassere hendelser i forhold til hverandre med tanke på når ting skjedde. Dette gjør det vanskelig å fortelle en sammenhengende livshistorie. Noen husker hendelser fra fortiden, men plasserer dem i nåtiden. Dette fenomenet kalles for tidsforskyvning. Et eksempel kan være beboere som er oppvokst på gård. I barndommen var de med mor eller far i fjøset før frokost, og på sykehjemmet gir de uttrykk for at de skal gå i fjøset før frokost (Engedal 2008: 223).

Filmen «Alltid Alice», som kom for noen år siden, starter med at Alice, en kvinnelig universitetsprofessor, er ute på sin daglige joggetur og plutselig vet hun ikke hvor hun befinner seg. For personer med demens er det ikke bare vanskelig å orientere seg i forhold til tid. Etter hvert blir det også problematisk å orientere seg i forhold til sted. Det starter gjerne med at man sliter med å finne fram til hotellet når en er på ferie, men etter hvert blir det også vanskelig å finne fram i kjente omgivelser (Engedal 2008).

Evnen til å holde på oppmerksomhet blir også svekket. Her er det snakk om både fokusert og delt oppmerksomhet. Fokusert oppmerksomhet handler om å holde oppmerksomheten rettet mot én ting over tid uten å la seg forstyrre av andre stimuli, for eksempel å holde tråden i en samtale, se på TV, lyttet til en andakt/preken. Delt oppmerksomhet er evnen til å ha oppmerksomheten rettet mot flere ting samtidig, slik vi må når vi for eksempel kjører bil (Rokstad 2008).

Språket blir ofte en utfordring for mange etter hvert som demenssykdommen utvikler seg (Rokstad 2008). Det handler både om evnen til å oppfatte det som blir sagt, og om evnen til å uttrykke seg verbalt (Johnson & Johnson 2007). Noen vet hva de vil si, men finner ikke de rette ordene. Andre gjentar seg selv, noen mister flyten i språket mens andre beholder flyten, men snakker sitt eget språk som ingen andre forstår. Ordene gir ingen mening for omgivelsene. Etter hvert får en del problemer med å lese, for eksempel bibeltekster, dagens tekst i en andaktsbok eller sangtekster i salmeboken (Engedal 2008). Noen mister helt evnen til å kommunisere, både verbalt og nonverbalt.

Hukommelsen vår

Et av de mest sentrale symptomene ved en demenssykdom er svekket hukommelse (Engedal 2008). Det skilles vanligvis mellom korttidshukommelse og langtidshukommelse. Korttidshukommelsen er sentral ved innlæring av nye ting, og den har en varighet på opptil 30 sekunder. Dette gjør det for eksempel mulig å huske et telefonnummer lenge nok til å ringe nummeret (Engedal 2008; Rokstad 2008). Langtidshukommelsen har en varighet fra minutter til dager til flere år, og deles inn i eksplisitt og implisitt hukommelse (Engedal 2008; Sabat 2018). Eksplisitt hukommelse handler om minner som vi har bevisst forhold til. Det handler om å gjenkjenne og gjenkalle personlige opplevelser knyttet til tid og sted, samt generell faktainformasjon, slik som at Paris er hovedstaden i Frankrike. Vi snakker her episodisk og semantisk hukommelse (Engedal 2008).

For personer med demens er det enklere å gjenkjenne enn å gjenkalle. Hvis du spør en person med demens om fargen på huset hans, er det ikke sikkert at vedkommende kan svare på spørsmålet. Men viser du imidlertid vedkommende et bilde av huset hans, vil han kunne si: «Det er huset mitt. Det er rødt!» (Rokstad 2008). Det er en generell regel at personer med demens alltid husker bedre det som skjedde for lang tid siden enn det som skjedde nylig. Vi husker best det vi kan knytte sterke følelser til, og for de fleste av oss gjelder det ting vi gjorde for første gang i barne- og ungdomsårene (Engedal 2016). Både korttidshukommelse og langtidshukommelse blir svekket i løpet av demensforløp.

Implisitt hukommelse handler om minner vi ikke har et bevisst forhold til, minner vi ikke nødvendigvis har ord for, erfaringer som har satt seg i kroppen, i sansene og følelsene. Det er denne hukommelsen som er intakt lengst (Vance 2005). I den implisitte hukommelsen finner vi også det som kalles for proseduralhukommelse. Den omfatter automatiserte handlinger som å spise, pusse tenner, greie seg, kle på seg, men også religiøse praksiser slik som Fadervår eller kveldsbønn (Johnson & Johnson 2007; Kevern 2015; Dalaker et al. 2023). Jeg var på gudstjeneste for en tid tilbake. Det var nattverd med intinksjon. En gammel prest gikk til nattverd. Han er åpen om sin demenssykdom, og han er heller ikke lenger så sprek som han var yngre år. Han gikk langsomt, og han hadde ikke kommet tilbake til plassen sin da soknepresten begynte på takkebønnen etter nattverden. Den gamle presten stoppet opp, vendte seg mot alteret og bøyde hodet under takkebønnen. Da soknepresten var ferdig med takkebønnen, fant han plassen sin i kirkebenkene. Liturgien «hadde satt seg i kroppen» til den gamle presten.

Demens og følelser

Det er ikke noe galt med følelsene til mennesker som blir rammet av demens, understreker Engedal (2016). «Vårt intellektuelle jeg forsvinner mer og mer, men som person gjør vi ikke det. Det er viktig å huske på. Vi kan ha samme gode og vonde følelser som før, og vi kan oppleve gode og vonde stunder som før.» (Engedal 2016: 28-29). Personer med demens husker følelsen, men de har ikke nødvendigvis et eksplisitt minne om hva som er den utløsende faktor (Ryan et al. 2005; Johnson & Johnson 2007). Kitwood (2019) gir uttrykk for at vårt hyperkognitive samfunn har en del å lære av personer med demens som lar emosjoner og følelser få større plass enn hos oss andre.

Når en demenssykdom utvikler seg, får imidlertid mange personer med demens vanskeligheter med å kommunisere følelsene til omgivelsene på en måte som gjør det mulig for omgivelsene å forstå hva som ligger bak følelsene (Doka 2010). Når man ikke lenger har ord til å uttrykke følelser som ensomhet, frykt, fortvilelse eller sorg, kommer gjerne disse følelsene til uttrykk gjennom det som ofte omtales som utfordrende atferd. I personsentrert omsorg tenker man at utfordrende atferd er en måte å kommunisere på (Brooker 2013: 59).

En demenssykdom innebærer et utall tap, både for den som selv blir rammet og for de pårørende. Det er imidlertid ikke alltid at den som blir rammet er i stand til å uttrykke sorgen på en slik måte at omgivelsene gjenkjenner sorg (Doka 2010; Reed et. al 2016 Pirhonen et al. 2023a). Dette gjelder også når personer med demens mister noen som står dem nær, noe som innebærer at de ofte ikke får sorgstøtte, men blir gående alene med sin sorg (Doka 2010; Dalaker 2022).

Kommunikasjon med personer med demens

Mennesker er relasjonelle skapninger, og vi er avhengig av andre mennesker gjennom hele livet. Ingen av oss klarer oss alene. Det er et av menneskelivets eksistensielle grunnvilkår. For å skape og opprettholde relasjoner er vi avhengig av å kunne kommunisere med hverandre på ulike måter. Vi har alle behov for å forstå og bli forstått (Wogn-Henriksen 2008). En demenssykdom skaper utfordringer med tanke på kommunikasjon, ordene strekker ofte ikke til. Vansker med kommunikasjon oppleves som en av de største utfordringene i tilknytning til å bli rammet av demens (Wogn-Henriksen 2008). Mange personer med demens opplever å bli oversett, ignorert og utelatt fra samtaler (Pirhonen et al. 2023a). Flere steder fortelles det om en mann som nesten hadde sluttet å snakke med konen sin. Han deltok i et forskningsprosjekt, og til konens store overraskelse var han veldig pratsom når han ble spurt om følelser. I forskningsintervjuet fortalte han at han hadde sluttet å snakke fordi «no-one listens anymore» (Trevitt & MacKinlay 2004: 118).

Når vi snakker med personer med demens, er det viktig å ha god tid og å tåle at det oppstår pauser i samtalen (Ryan et al. 2005). Det anbefales å bruke korte setninger, snakke om én ting eller et tema om gangen og å bruke konkrete ord og uttrykk i stedet for å snakke i abstrakte vendinger. Dersom vi ikke får svar, kan vi gjerne gjenta det vi ønsker å si. Alternativt kan vi formulere det vi ønsker å si på en annen måte. I sjelesorgen er vi opplært til å bruke åpne spørsmål i møte med konfidenten. Det kan vi også gjøre i møte med mennesker som er i starten av et demensforløp. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, vil imidlertid mange få problemer med å svare på åpne spørsmål. Dersom vi ikke får svar når vi stiller åpne spørsmål, vil vi måtte endre spørsmålsstillingen og i

stedet bruke lukkede spørsmål, altså ja/nei-spørsmål (Wogn-Henriksen 2008: 99). Uansett om vi snakker med enkeltpersoner eller grupper, vil det være essensielt å ha øyekontakt. Mange gamle mennesker har i tillegg problemer med hørselen. Når vi snakker med personer med demens vil det være viktig å snakke høyt, langsomt og med tydelig diksjon (Wogn-Henriksen 2008).

Det er tre kommunikasjonsprinsipper i demensomsorgen som ofte trekkes fram (Wogn-Henriksen 2008: 103 ff). Det første er «reminisens», som handler om minnearbeid. Det handler om de gode minnene og fortellingene i den enkeltes liv, men også om felles kulturelle minne som sanger og salmer fra barndom og ungdom. Det neste kommunikasjonsprinsippet er «realitetsorientering». For mennesker som har mistet oversikten over tid og sted, kan det være fint å bli minnet på at «nå er det middag», at «nå er det vår» eller at «nå skal vi snart feire jul». Samtidig frarådes det å realitetsorientere personer som har vrangforestillinger, forveksler drøm og virkelighet eller som for eksempel gir uttrykk for at de ikke kan spise frokost før de har vært i fjøset. Det tredje kommunikasjonsprinsippet som ofte trekkes fram er «validering». Her fokuseres det på å anerkjenne og bekrefte personens opplevelse av situasjonen. Om opplevelsen er objektiv sann eller ikke, spiller ikke her noen rolle. Her handler det om å bekrefte opplevelser og følelser.

Evnen til å kommunisere vil endre seg i løpet av et demensforløp. Noen opplever at ordene blir helt borte ved en demenssykdom (Pirhonen et al. 2023; Dalaker et al. 2023). Kommunikasjon er imidlertid mer en verbal kommunikasjon. Når ordene ikke strekker til, blir den nonverbale kommunikasjonen slik som «mimikk, kroppsholdninger og bevegelser, berøring, stemmebruk, avstand og synkronien i alle disse» viktig (Wogn-Henriksen 2008: 96; Ryan et al. 2005). Det essensielt at det er samsvar mellom verbal og nonverbal kommunikasjon. Å møte personer med demens med anerkjennelse, aksept, respekt og verdighet er en viktig del av kommunikasjon. Dette kommuniseres ved hjelp av stemmebruk, tonefall og blikkontakt (Brooker 2013).

2.3 Tro og trosutøvelse hos mennesker med demens

Rett til tros- og livssynsutøvelse

I 2009 kom et rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet med overskriften «Rett til egen tros- og livssynsutøvelse» (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Her slås det fast at brukere av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, deriblant beboere i sykehjem, har en lovfestet rett til hjelp med å utøve sin tro. Å tilrettelegge trosutøvelse for beboere i sykehjem er et felles for sykehjemmetansvar og den enkelte beboers trossamfunn. I 2013 ble det utgitt en veileder med blant Kirkerådet for den norske kirke som utgiver, som beskriver hvordan den kommunale helse- og omsorgssektoren og ulike tros- og livssynssamfunn skal samarbeide om tilrettelegging av trosutøvelse for blant annet beboere i sykehjem. Her slås det dessuten fast at retten til trosutøvelse gjelder både individuell trosutøvelse og trosutøvelse i fellesskap (Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn et al. 2013).

I den engelske faglitteraturen brukes ofte betegnelsene «religion» og «spirituality» der vi på norsk bruker betegnelsene «tro og livssyn» (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). De engelske begrepene er ikke alltid tydelig definert, og noen ganger overlapper de hverandre (Britt et al 2022). Det har også vært diskutert hvilket av begrepene som er det overordnede begrepet (Stifoss-Hanssen 1999; MacKinlay 2017). Jeg velger i dette prosjektet å bruke betegnelsen «tro» om begge de engelske begrepene. Når jeg videre skal bestemme innholdet i tro, velger jeg å forstå tro i overensstemmelse med slik EPAC, den europeiske palliative organisasjonen, definerer den åndelige dimensjonen. Dette fordi en demenssykdom er en livstruende sykdom, og personer med demens skal tilbys palliativ eller lindrende behandling gjennom hele sykdomsforløpet (Helsedirektoratet 2024: 82 ff). EPAC definerer det åndelige som:

«Den dynamiske dimensjonen ved menneskelivet som er relatert til hvordan personer, både som individer og fellesskap, opplever, uttrykker og/eller søker mening, hensikt og transcendens, og måten de er knyttet til øyeblikket, til seg selv, til andre, til naturen, til det betydningsfulle og/eller det hellige»
(Helsedirektoratet 2019: 33).

Det åndelige området beskrives videre ved hjelp av tre forskjellige dimensjoner som samtidig overlapper hverandre. Disse blir nærmere beskrevet på denne måten:

a) Eksistensielle utfordringer: Dette punktet handler om spørsmål knyttet til identitet, mening, lidelse og død, skyld og skam, forsoning og tilgivelse, frihet og ansvar, håp og fortvilelse, kjærlighet og glede.

b) Verdier og holdninger: Dette punktet handler om det som er viktig for hver enkelt person, slik som forholdet til seg selv, familie, venner, arbeid, ting, naturen, kunst og kultur, etikk og moral, og selve livet.

c) Religiøs og livssynsmessig forankring: Dette punktet handler om tro, overbevisning og praksis, forholdet til Gud, den ytterste virkelighet eller det transcendentale (Helsedirektoratet 2019: 33-35; Giske & Cone 2019).

Tro hos personer med demens

Beboere i sykehjem og brukere av dagsentre vokste opp i en tid da tro og livssyn hadde en mer sentral rolle i samfunnet enn i dag (Sørensen et al. 2012; Repstad 2020; Pirhonen et al. 2023a). Forskning viser at tro er en viktig copingsressurs i møte med livets utfordringer for gamle mennesker. Tro har en beskyttende effekt i forhold til en rekke helseutfordringer, og tro er viktig med tanke på både opplevelse av mening og livskvalitet (Agli et al. 2014; Toivonen et al. 2017; Britt et al. 2022; Pirhonen et al. 2023a).

Betydningen av tro blir ikke svekket ved starten av en demenssykdom. For noen kan betydningen av tro forsterkes. Elementer i troen bidrar til opplevelse av mening og håp i en krevende livssituasjon (Toivonen et al. 2022). Tro utvikler seg gjennom hele livet. Det er ikke en prosess som stopper opp ved en demenssykdom (Pirhonen et al. 2023b). Velkjente religiøse ritualer bidrar til trygghet, trøst og sammenheng i livet (Kennedy et al. 2014; Reed et al. 2016, Pirhonen et al. 2023b; Saarelainen et al. 2024). Også for personer med demens bidrar tro til coping av krevende livssituasjoner, og tro har en beskyttende effekt i forhold til utfordringer ved begynnende demenssykdom (Agli et al. 2014; Toivonen et al. 2017; Bolton et al. 2019; Britt et al. 2022).

Når demenssykdommen utvikler seg, endrer imidlertid tro karakter, og den individuelle og personlige trosutøvelsen blir viktigere enn trosutøvelse i fellesskap, noe som ofte oppleves som mer kognitivt krevende (Bolton et al. 2019). Fysiske helseutfordringer, som kommer som en konsekvens av høy alder, gjør det dessuten utfordrende for mange å delta i menighetens gudstjenesteliv (MacKinlay 2017; Bolton et al. 2019; Britt et al. 2022). Etter hvert som ordene forsvinner hos personer med demens, blir den kognitive dimensjonen ved tro svekket (Prihonen et al. 2023a), og tro uttrykkes mer og mer ved hjelp av kroppen (Dalaker et al. 2023; Saarelainen et al. 2024; van der Geugten et al. 2025).

I en reviewartikkel som oppsummerer hva som kjennetegner tro hos personer med langtkommen demens, viser den engelske teologen Kevern (2015) til to kjennetegn. Tro hos personer med alvorlig demens er kjennetegnet av det relasjonelle og det rituelle. Det relasjonelle har både en vertikal og en horisontal dimensjon. I flere studier kommer det fram at selve gudsrelasjonen er sentral for personer med demens (Saarelainen et al. 2024; Hawkes & Taylor 2024). Gud har alltid vært en støtte for dem, både i gode og vonde dager. Gud oppleves som en venn man kan støtte seg på og få hjelp og trøst fra (Trevitt & MacKinlay 2004; Toivonen et al. 2022). I flere studier forteller personer med demens at de ber hver dag. Noen bruker fast formulerte bønner slik som Fadervår, kveldsbønn og/eller borbønn. Andre ber mer frie bønner og forteller Gud om livet slik det oppleves der og da (MacKinlay 2003; Hide 2003; Jørstad 2011; Toivonen et al. 2017; Toivonen et al. 2022). Informanter i flere studier forteller at tro alltid har vært en del av livet, mens for noen er tro noe som kommer senere i livet, også etter at de blir rammet av demens. En informant forteller at hun hadde ikke hatt tid til tro tidligere i livet. Livet opplevdes travelt og bestod av jobb, ivaretagelse av barn osv. (MacKinlay 2003; 99).

Det relasjonelle kjennetegnes dessuten av det som omtales som «the socially-extended self» (Kevern 2015: 772). Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, vil personer med demens få problemer med trosutøvelse og vil ha behov for hjelp fra andre for å kunne utøve troen sin (Jørstad 2011; Reed et al. 2016; Toivonen et al. 2022; Britt et al. 2022). De vil trenge hjelp til å komme seg fram og tilbake til gudstjenester. De klarer ikke lenger å lese og har behov for at noen leser religiøs litteratur for dem, og de trenger hjelp

til å be Fadervår (Toivonen et al. 2022; Dalaker et al 2023). Mange av dagens sykehjemsbeboere tilhører en generasjon som ikke ønsker å være til i bry for omgivelsene. De vil ikke plage travle sykepleiere eller travle menighetsarbeidere med sine åndelige behov og spør nødvendigvis ikke om hjelp til trosutøvelse (Toivonen et al. 2022).

Det andre kjennetegnet på tro hos personer med alvorlig demens som Kevern (2015) trekker fram, er det vi her omtaler som «det rituelle». Med ritualer forstår jeg «gester, handlinger, symboler osv. som vanligvis er forankret i tradisjon og bruk, og som ofte er forankret i sansene og kroppen» (Dalaker et al. 2023: 71). Tro utvikler og endrer seg i løpet av et langt liv. Noen har praksiser med seg fra barndommen, mens andre velger seg andre praksiser når de blir eldre. Det viser seg imidlertid at de selvvalgte praksisene forsvinner etter hvert som en demenssykdom utvikler seg. Innholdet i tro hos personer med demens er ikke preget av selvvalgte praksiser, men av elementer som ble introdusert tidlig i livet av andre mennesker, og som er blitt repetert mange ganger, og som slik har blitt en del av proseduralhukommelsen (Kevern 2015; 2022).

Tilretteleggelse av trosutøvelse

Tilretteleggelse av trosutøvelse for mennesker som lever med demens oppleves som utfordrende både for helsepersonell og kirkelig ansatte (Ruthven 2014; Reed et al. 2016). Mange former for trosutøvelse baserer seg på den kognitive dimensjonen ved tro, noe som gjør at tilretteleggelse av trosutøvelse i demensomsorgen oppleves krevende for prester og andre kirkelig ansatte (Johnson & Johnson 2007). Tilrettelegging av trosutøvelse for personer med demens kan dessuten oppleves emosjonelt krevende. Det å tåle og containe sterke følelser krever stor grad av utholdenhet (Saarelainen et al. 2024).

Muligheten til å uttrykke troen sin og å leve i overensstemmelse med egne verdier bidrar til opplevelse av økt livskvalitet for personer med demens (Vance 2005; Kennedy et al. 2014; van der Geugten et al. 2025). Å delta på andakter og gudstjenester innebærer at det er noe i livet som fortsetter som før. Andakts- og gudstjenestedeltakelse blir et uttrykk for normalitet og kontinuitet, relatert til livet slik det alltid har vært (Kennedy et al.

2014; Friedrich et al. 2021). Trosutøvelse i fellesskap innebærer tilhørighet og fellesskap med andre andakts og gudstjenestedeltakere (Kennedy et al. 2014), i tillegg til at det er en påminnelse om Guds kjærlighet og nærvær i hverdagen (Hawkes & Taylor 2024).

Vi har ovenfor sett at Kevern (2015; 2022) beskriver det rituelle som et kjennetegn ved tro hos personer med langtkommen demens. Det rituelle er en del av proseduralhukommelsen, som igjen er en del av den implisitte hukommelsen (Vance 2005). Det samme gjelder følelsene våre (Vance 2005; Sabat 2018). Tilretteleggelse av trosutøvelse for personer med demens innebærer å gå bort fra en form for trosutøvelse som vektlegger den kognitive dimensjonen ved tro, der ordene våre spiller viktig rolle, og i stedet forsøke å henvende seg til den implisitte hukommelsen (Johnson & Johnson 2007). Personer med demens har, som vi har sett ovenfor, utfordringer med å holde på oppmerksomheten over tid. Blir trosutøvelsen for kognitivt krevende, kan det bidra til uro eller kjedsomhet, men henvender vi oss til den implisitte hukommelsen, kommuniserer dette mye bedre med personer med demens (Vance 2004).

Musikk er en viktig del av den implisitte hukommelsen (Vance 2005; Johnson & Johnson 2007). Mennesker med langtkommen demens kan «våkne til liv» når de hører velkjente sanger og salmer (Friedrich et al. 2021). Musikk vekker til live følelser knyttet til hendelser i fortiden og bidrar på den måten til å binde sammen fortid og nåtid (Johnson & Johnson 2007; Saarelainen 2024). Det finnes flere eksempler på at mennesker med demens som ikke har vært kirkelig aktive som voksne, deltar i sangen når det synges gamle og kjente salmer (Kennedy et al. 2014; Reed et al. 2016). Mennesker som ikke lenger har et verbalt språk, kan noen ganger begynne å synge med på kjente sanger og salmer (Pirhonen et al. 2023a).

Mange beboere i sykehjem lærte utenat salmer og sanger i barndommen, på samme måte som de lærte ulike bønner og kjente bibelsteder (Pirhonen et al. 2023a). Selv om personer med demens har problemer med å uttrykke seg verbalt, kan de være med på å be Fadervår (Kennedy et al. 2014; Kiesskalt et al. 2018; Dalaker et al. 2023). Kjente bønner og bibelsteder, er på samme måte som sang og musikk, med på å knytte sammen fortid og nåtid, ved å vekke til livet følelser knyttet til gamle minner (Pirhonen

2023b). Noen ganger «sitter bønnene» i kroppen. Noen har et fysisk bønnespråk. For eksempel, når presten sier: «La oss be» folder de hendene, bøyer hodet og lukker øynene (Kennedy et al. 2014; Pirhonen 2023a).

Prester og andre som tilrettelegger trosutøvelse i demensomsorgen, og beboere i sykehjem tilhører som regel forskjellige generasjoner. Ulike generasjoner har gjerne ulikt religiøst språk, noe som innebærer at det vil være viktig å bli kjent med det religiøse og liturgiske språket til personer med demens (Kennedy et al. 2014; Pirhonen et al. 2023a). Det vil være vesentlig å være oppmerksom på det som omtales som «the reminiscence bump», et fenomen som innebærer at en persons selvbiografiske minne er sterkest i alderen mellom seks og tretti år (Pirhonen et al. 2023a: 100). I en casestudie fortelles det om en prest og en beboer på et sykehjem som har daglig morgenbønn sammen (Dalaker et al. 2023). Presten spør beboeren om hvilken Fadervår som er hennes bønn, noe hun ikke kan svare på. Beboeren, en kvinne, vokste opp i en nynorskkommune, men hadde som voksen vært i ulike sammenhenger der man brukte Fadervår på bokmål. I starten blandet beboeren bokmål og nynorsk når de bad Fadervår sammen, men etter hvert som sykdommen utviklet seg og hun mistet mer og mer av det verbale språket, ble hennes Fadervår mer og mer perfekt nynorsk.

Det relasjonelle er ifølge Kevern (2015; 2022) ett av to kjennetegn på tro hos personer med langtkommen demens. I flere studier av tilretteleggelse av trosutøvelse i demensomsorgen vektlegges betydningen av relasjonen mellom presten og beboerne på sykehjem (Kennedy et al. 2014; Dalaker et al. 2023). Med tanke på å tilrettelegge individuell trosutøvelse er det viktig med gjentakende besøk slik at presten kan bli kjent med livshistorien til beboerne og innholdet i eventuell trospraksis (Reed 2016; Braut 2020; Pirhonen et al. 2023b). Dette vil være fundamentalt for å kunne tilrettelegge trospraksis når demenssykdommen forverrer seg og ordene ikke lenger strekker til (Kennedy et al. 2014; Dalaker et al. 2023; Saarelainen et al. 2024). Når demenssykdommen utvikler seg, ser vi hvordan prestens symbolfunksjon trer tydeligere fram (Stifoss-Hanssen 2005). Prestens kommer på vegne av noe eller noen som er større enn seg selv, kommer som representant for Gud i møte med personen med

demens (Dalaker et al. 2023). Guds kjærlighet og omsorg for personen med demens kommer til uttrykk gjennom prestens relasjon med personen (Pirhonen et al. 2023b)

Det er mest hensiktsmessig at én prest har ansvar for tilretteleggelse av trosutøvelse ved hvert sykehjem (Pirhonen 2023b). Dette gjør det lettere for presten å bli kjent med beboerne, men det bidrar også til at beboerne lettere gjenkjenner presten, noe er viktig med tanke på trosutøvelse i fellesskap. Bruk av rundsnipp eller presteskjorte hjelper beboerne til å gjenkjenne presten (Pirhonen et al. 2023; Hawkes & Taylor 2024). I en av studiene fortelles det om en prest som stakk innom for å besøke en beboer på sykehjemmet. Presten var på vei til noe annet og hadde ikke på seg presteskjorte denne dagen. Beboeren gjenkjente ikke presten uten presteskjorte, til tross for at presten pleide å besøke vedkommende ukentlig (Johnson & Johnson 2007: 50).

Bruk av rundsnipp kan også være en hjelp for personer med demens med tanke på å orientere seg i forhold til tid og sted (Kennedy et al. 2014). I demensomsorgen er det øyeblikket som gjelder, både med tanke på tilretteleggelse av trosutøvelse i fellesskap og individuell trosutøvelse (Jørgensen 2013). Det handler om å styrke de gode minnene og møte beboerne der de er, både med tanke på hvor de er i forhold til tid og hvilke følelser de kjenner på der og da (Pirhonen et al. 2023b). Personer med demens har evnen til å glede seg i øyeblikket (Trevitt & MacKinlay; Jørgensen 2013), men kjenner også på vonde følelser (Saarelainen et al. 2024). Det er ikke sikkert at personer med demens husker følelsen når det har gått en stund (MacKinlay 2003). I en artikkel fortelles det om en beboer på et sykehjem som ønsker å samtale med en prest. Det tok litt tid før presten hadde mulighet til å komme. Da presten kom, hadde beboeren glemt at hun eller han ønsket å snakke med en prest, til tross for at vedkommende hadde bedt om å få nattverd (Toivonen et al. 2017: 883).

Tilretteleggelse av trosutøvelse i fellesskap

En amerikansk luthersk institusjonsprest skriver at da hun startet sin prestedtjeneste i demensomsorgen, oppdaget hun fort «that the traditional, word-oriented worship service we were providing just did not work with persons with Alzheimer's» (Gordon

2019: 156). I litteraturen vektlegges det å ha en fast liturgi eller samme opplegg fra gang til gang, slik at det som skjer er gjenkjennbart for dem som deltar (Hide 2003; Ruthven 2014). Samlingene bør ikke vare for lenge, vanligvis mellom 20 og 30 minutter (Ruthven 2014; Dumey 2019). Sang og musikk som er kjent for gudstjenestedeltakerne, vektlegges sammen med kjente bønner og skriftsteder.

En kan ikke ha samme preken på sykehjemmet som på søndagens gudstjeneste (Pirhonen et al. 2023a). De færreste har preken i vanlig forstand, men erstatter denne med bibelfortellinger, drama eller kjente dikt (Ruthven 2014; Gordon 2019; Hawkes & Taylor 2024). Det viktigste er ikke nødvendigvis hva en sier, men hvordan en sier det en sier og hvilke følelser en vekker hos gudstjenestedeltakerne (Ryan et al. 2005; Jørstad u.å.). Kroppsspråk, øyekontakt og stemmebruk spiller her en viktig rolle. I en artikkel fortelles det om to beboere som deltok på en gudstjeneste på sykehjemmet. Predikanten var av det engasjerte slaget. Hun snakket med høy stemme og slo i prekestolen for å understreke sine poeng. De to gudstjenestedeltakerne tolket predikanten som sint, og undret seg over hva de hadde vært med på. I etterkant var de lettet og glade fordi de hadde sluppet unna denne sinte damen (Johnson & Johnson 2007: 48).

Tidligere kapellan i Bodø, Anne Berger Jørgensen, ledet et prosjekt der Den norske kirke og sykehjem i kommunen samarbeidet om trosutøvelse for beboere på sykehjem. I prosjektrapporten skriver hun: «Innlæringens tid er forbi. Nå er det trygghet gjennom gjenkjennelse som er viktig. Det betyr at vi benytter kjernesalmer, sentrale tekster fra Bibelen samt bruker Trosbekjennelsen og Fadervår, som enda er tekster mange kan delta i, fordi de er så overlært i ungdommen» (Jørgensen 2013:14). En del prester, ansatt både i menighet og på sykehjem, har etter hvert fått erfaring med såkalte lysandakter (Kessel 2016; Jørstad u.å.). Dette er et andaktsopplegg som er utviklet særlig med tanke på personer med demens. Liturgien er enkel, og en viktig del av andakten er å tenne lys for hver enkelt av de fremmøtte (Kennedy et al. 2014; Friedrich et al. 2021).

Tilretteleggelse av individuell trosutøvelse

Når demenssykdommen utvikler seg og ordene ikke strekker til, kan det bli for krevende for noen å delta på gudstjenester og andakter (Kessel 2016). Det kan bli for mange inntrykk. Når demenssykdommen forverres, er det mange som heller ikke klarer å ivareta egen trospraksis, som for eksempel bibellesning og bønn, og trenger hjelp til dette. Behovet for tilrettelegging av individuell trosutøvelse øker når sykdomsbyrden øker (Jørstad 2011; Toivonen et al. 2022; Britt et al. 2022). «Aktiv lytting» er et begrep de fleste av oss kjenner fra sjelesorgen (Okkenhaug 2002). Det innebærer å lytte til både det som sies og det som ikke sies. «Aktiv lytting» får en ny betydning i møte med mennesker som er rammet av demens, der vi som sjelesørgere ofte ikke skjønner hva konfidenten ønsker å si oss (Dalaker et al 2023). I denne sammenheng er det viktig å lytte bak ordene, til tonefall, stemmebruk og hvordan ordene vi ikke skjønner, uttrykkes. Selv om vi ikke forstår hvorfor den andre føler som den føler, vil de fleste av oss kunne gjenkjenne og validere konfidentens følelser (Ryan et al. 2005; Pirhonen et al. 2023b). Når ordene forsvinner, blir kommunikasjonen stadig mer kroppslig, i form av ulike former for fysisk kontakt mellom prest og konfident (Kiesskalt et al. 2018; Dalaker et al. 2023; Pirhonen et al. 2023a; Saarelainen et al. 2024). Til slutt handler det om nærvær uten ord (Ryan et al. 2005; Kiesskalt et al. 2018; Dalaker et al. 2023), noe Swinton kaller for «the sacrament of presences» (Swinton 2017). Å være sammen med et annet menneske i en krevende livssituasjon uten ord, oppleves ofte mer krevende enn det umiddelbart kan synes (Reed et al. 2016).

Menighetsprester og tilretteleggelse av trosutøvelse i demensomsorgen

Min framstilling av tilretteleggelse av trosutøvelse i demensomsorgen har i hovedsak basert seg på litteratur som gir en generell beskrivelse av tilretteleggelse av trosutøvelse overfor personer med demens (Trevitt & MacKinlay 2004; Vance 2005; Kevern 2015; 2022). I tillegg har jeg brukt litteratur basert på studier av hvordan prester og andre kirkelige ansatte, som har dette som sin hovedbeskjeftigelse, tilrettelegger trosutøvelse for personer med demens (MacKinlay 2003; Ryan et al. 2005; Johnson & Johnson 2007; Ruthven 2014; Reed et al. 2016; Kiesskalt et al. 2018; Dalaker et al. 2023; Prihonen et al. 2023a; 2023b; Saarelainen et al. 2024; Hawkes & Taylor 2024). Det finnes nesten ingen

studier som beskriver hvordan menighetsprester tilrettelegger trosutøvelse for personer med demens. Jeg har i framstillingen ovenfor brukt et par slike studier (Kennedy et al. 2014; Friedrich et al. 2021).

Hvordan opplever menighetsprester å tilrettelegge trosutøvelse for mennesker med demens? For menighetsprester er dette en oppgave blant mange, mens for institusjonsprestene er dette hovedoppgaven. Som allerede nevnt er dette et område det finnes lite forskning på. Det finnes noen få studier fra Storbritannia (Kevern & Walker 2013; Kennedy et al. 2014; Friedrich et al. 2021). Informantene i disse studiene er for det meste menighetsprester i Den anglikanske kirke. Det som kommer fram i disse studiene, er at informantene opplever seg uforberedt og kjenner på usikkerhet med tanke på egen kompetanse når de skal tilrettelegge trosutøvelse for mennesker med demens. Denne usikkerheten skyldes i stor grad manglende opplæring i løpet av teologistudiet (Kevern & Walker 2013; Kennedy 2014; 2018; Friedrich et al. 2021), manglende kollegastøtte (Friedrich et al 2021) og opplevelsen av uforutsigbarhet i møte med personer med demens (Kennedy et al. 2014)

Det finnes, så langt jeg vet, ingen studier som undersøker hvordan menighetsprester i Norge tilrettelegger trosutøvelse for personer med demens, eller hvordan det oppleves å være prest på sykehjem.

2.4 Formål med studien

På denne bakgrunn er formålet med studien å undersøke og beskrive menighetsprestens praksiser på sykehjem, samt deres opplevelser av å være prester i denne konteksten.

Dette presiseres gjennom følgende spørsmål:

- a) Hva gjør menighetsprester når de tilrettelegger trosutøvelse på sykehjem?
- b) Hvordan opplever menighetsprester å være prester på sykehjem?
- c) Hvilken kunnskap har menighetsprester om demens og tilrettelegging av trosutøvelse i demensomsorgen?

d) Hvordan kan Den norske kirke utvikle sine praksiser på sykehjem som er i tråd med samfunnsendringene, og hva trenger menighetsprestene for å bidra til denne utviklingen?

3.0 Metode

3.1 Studiens design

Dette er en deskriptiv studie der formålet er å utforske og beskrive menighetsprestens praksiser på sykehjem samt deres opplevelser av å være prester i denne konteksten.

Data til studien er blitt innsamlet ved hjelp av fokusgruppediskusjoner. Dette er en metode som egner seg godt til å undersøke erfaringer, holdninger eller synspunkter der informantene har mye til felles (Malterud 2012). I en gruppediskusjon kan en få belyst et tema fra ulike sider. Man får variasjon i erfaringer og opplevelser, i tillegg til at selve gruppedynamikken kan bidra til at det kommer fram data som ikke er tilgjengelige i individuelle intervjuer (Halkier 2012; Malterud 2012).

3.2 Informantene

Informantene i denne studien er menighetsprester i fire prostier i fire bispedømmer i Den norske kirke. Informantene i hver gruppediskusjon kjente hverandre på forhånd, noe som kan være en styrke når gruppedynamikken spiller en rolle (Malterud 2012). Jeg tok kontakt med proster i aktuelle prostier for å forhøre meg om det kunne være interesse i prostiet for å delta i prosjektet. Jeg fikk positivt svar fra tre proster. Jeg sendte deretter disse tre en e-post, som de igjen videresendte til prester i prostiet. E-posten var forholdsvis uformell. Her beskrev jeg først bakgrunn og innhold i prosjektet, før jeg spurte prestene om de var interessert i å delta i en gruppediskusjon. Et informasjons- og samtykkeskriv fulgte som vedlegg til e-posten⁴.

Informanter til tre av gruppediskusjonene ble rekruttert på denne måten. Etter at jeg hadde rekruttert disse informantene, bestemte jeg meg for å gjennomføre en pilotstudie for å prøve ut temaguiden min. I den forbindelse tok jeg kontakt med prester i et fjerde

⁴ Se vedlegg s. 98.

prosti med spørsmål om de kunne tenke seg å delta i et pilotintervju, men med mulighet for at diskusjonen ville bli inkludert i datamaterialet. Materialet fra pilotstudien ble inkludert i datamaterialet.

Jeg har hatt fire gruppediskusjoner med prester ansatt i fire ulike bispedømmer. Det var et premiss at det skulle være variasjon med tanke på kirkelig profil og geografi. To av gruppediskusjonene fant sted i prostier i det vi kaller for «bibelbeltet», mens to av samtalerne var i prostier som har et mer folkekirkelig preg. Demografisk dekker de fire prostiene både by- og landkommuner. Siden det var prostene som i de fleste tilfellene rekrutterte informantene, kjente jeg ikke til bakgrunnen deres i forkant av samtalerne. I e-posten som ble sendt ut på forhånd, understreket jeg at jeg var interessert i variasjon med tanke på «alder, erfaring og kjønn, men også hvor meningsfylt det opplevdes å være prest på sykehjem». Hver gruppe bestod av mellom fem og syv deltakere. Det var til sammen 22 informanter, 12 kvinner og 10 menn. Noen av informantene var forholdsvis nye som prester, mens andre nærmet seg pensjonsalderen.

3.3 Datainnsamling

Data til studien ble samlet inn gjennom fire gruppediskusjoner. Jeg var moderator for gruppene. Etter en kort presentasjon av studiens formål, understreket jeg innledningsvis i hver samtale betydningen av hver enkelt gruppedeltakers erfaringer og opplevelser. På forhånd hadde jeg utarbeidet en temaguide med fire åpne og generelle spørsmål. Disse ble sendt informantene i forkant av gruppediskusjonene. Jeg hadde en viss formening om hvilke tema gruppesamtalerne ville seg dreie seg om, og hadde derfor forberedt flere oppklaringsspørsmål til hvert hovedspørsmål.

Temaguiden min var ordnet i forhold til forskningsspørsmålene og hadde disse fire hovedspørsmålene:

- 1) Kan dere kort fortelle hva dere gjør når dere besøker et sykehjem i deres menighet?
- 2) Hvordan oppleves det å være prest på sykehjemmet?
- 3) Hva slags kunnskap har dere om demens og om tilrettelegging av trosutøvelse overfor personer med demens? Hvor har dere tilegnet dere denne kunnskapen?

4) Hvordan kan Den norske kirke videreutvikle sine praksiser på sykehjem slik at de er i tråd med samfunnsendringene, og hva trenger dere for å kunne bidra til denne videreutviklingen?

Jeg startet hver samtale med utgangspunkt i temaguiden. Underveis stilte jeg noen av oppfølgingsspørsmålene, samtidig som jeg var bevisst på å ikke forstyrre refleksjonene gruppedeltakerne seg imellom, så lenge samtalene i gruppene dreide seg om studiens tema. Dersom samtalene beveget seg utenfor studiens tema, ledet jeg samtalene tilbake til temaet. Jeg prøvde også å involvere flest mulig av deltakerne i samtalene. Temaene som ble diskutert i de ulike gruppene varierte en del. Temaguiden med de fire hovedspørsmålene lå fast, mens oppfølgingsspørsmålene var mer dynamiske, avhengig av hva som ble diskutert i gruppene. Hvor mye gruppedeltakerne hadde å si til de ulike spørsmålene, varierte. I alle gruppene brukte vi mye tid på spørsmål 1. Når samtalene kom til de to siste spørsmålene, kom det færre innspill. I et par av samtalene fikk vi dessuten «tidsnød» når vi kom til de to siste spørsmålene.

Gruppesamtalene varte i 90 minutter og ble tatt opp som lydfil som deretter ble transkribert. Den transkriberte teksten består av 125 sider med halvannen linjeavstand.

3.4 Analyse av materialet

Det er den transkriberte teksten som er datamaterialet som ligger til grunn for analysen. I analysen har jeg brukt en forenklet utgave av Braun og Clarkes «tematisk analyse» (Braun & Clarke 2006; Johannessen et al. 2018). I «tematisk analyse» vektlegges det at kodingen skal være en spørsmålsdrevet prosess (Johannessen et al. 2018). Materialet var omfattende og ble kodet flere ganger. Kodene ble deretter samlet i overordnede kategorier, som knyttes sammen i resultatdelen.

3.5 Refleksivitet

Jeg er ansatt som prest ved Tasta sykehjem i Stavanger, og jeg har i hele mitt presteliv arbeidet med mennesker i livets slutfase. Tasta sykehjem er den største diakonale institusjonen i Stavanger bispedømme og det største sykehjemmet i Stavanger

kommune. Sykehjemmet eies av fem menigheter i Den norske kirke i Stavanger, og det er det eneste sykehjemmet med egen prest. Vi antar at dette spiller en rolle for enkelte beboere når de søker sykehjemsplass. Vi har et rikt andakts- og gudstjenesteliv, og mange beboere ønsker å samtale med prest.

Min stilling er todelt. I tillegg til prestatjeneste ved Tasta sykehjem, fungerer jeg som en ressursperson for åndelig omsorg for de øvrige 16 sykehjemmene i kommunen. Det innebærer undervisning og veiledning av ansatte, samt arbeid med å utvikle tiltak som kan styrke samarbeidet mellom menighetene i Den norske kirke og sykehjemmene i kommunen. Dette har gjort det nødvendig å arbeide faglig med tematikken i denne studien over mange år. Jeg har blant annet skrevet et par fagartikler om temaet (Dalaker 2022; Dalaker et al. 2023), jeg har master i praktisk teologi og er godkjent spesialist i klinisk prestatjeneste i helse- og sosialsektoren.

Jeg kjenner konteksten godt, både som kliniker og teoretiker, og har arbeidet faglig med stoffet i mange år. Dette er min «hjemmebane», noe som er en styrke når jeg skal tilnærme meg stoffet. Jeg har prøvet og feilet i årenes løp, og jeg har erfaring med det som fungerer og det som ikke fungerer i min kontekst. Samtidig kan det også være en utfordring at jeg har et for nært forhold til stoffet. Det har derfor vært nødvendig å jobbe med min egen rolle i forhold til materialet, for å oppnå en tilstrekkelig avstand med tanke på å kunne se konteksten fra menighetsprestens ståsted.

Jeg har selv ingen erfaring som menighetsprest. I arbeidet med prosjektet har jeg vært bevisst på at menighetsprester har helt andre rammebetingelser for prestatjeneste på sykehjem enn det jeg har, og at dette vil prege deres prestatjeneste på sykehjem. Mange har en travel hverdag, og prestatjeneste på sykehjem er én av mange arbeidsoppgaver i prestehverdagen. Samtidig erfarte jeg, da jeg mottok Olavstipendet, at jeg fikk jeg mange kommentarer som handlet om at «det er et viktig tema du skal jobbe med». Dette er også mitt utgangspunkt, og jeg har et ønske om å bidra til at dette temaet kommer høyere på Den norske kirkes dagsorden enn det er i dag.

3.6 Etikk

Alle deltakerne ga informert samtykke og hadde også mulighet til å trekke seg fra prosjektet når som helst, uten å oppgi begrunnelse. Prosjektet er gjennomført i henhold til personvernloven og er meldt til «SIKT – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør» (referansenummer 657477).

Informantene er anonymisert og gitt fiktive navn.

4.0 Resultater

Prestene i denne undersøkelsen besøker et eller flere sykehjem i løpet av en måned. Hvor ofte og hvor mange sykehjem hver prest har ansvar for å betjene, varierer. Det avhenger blant annet av hvor mange ansatte det er i menigheten. Den vanligste arbeidsoppgaven for prestene på sykehjemmene, er å ha andakt. På de fleste sykehjemmene er det i tillegg gudstjeneste med nattverd en til to ganger per semester. Noen av informantene har også samtaler eller soknebud på rommet til beboere.

Noen steder er det andakt hver uke, ofte i samarbeid med frivillige, mens andre steder er det andakt kun én gang per måned. Det varierer også om det er andakter eller gudstjenester gjennom sommeren. Ett sted startet de nylig opp med andakter på sommerstid, etter at pårørende etterlyste dette.

De fleste av informantene har ansvar for et eller to sykehjem. Geir forteller om fire ulike institusjoner i menigheten, mens Marit, sammen med diakonen i menigheten, har ansvar for syv forskjellige eldreinstitusjoner. Én gang i måneden har hun det hun kaller for «sykehjems-maraton». Det innebærer at to dager er satt av til besøk på sykehjem og andre eldreinstitusjoner i menigheten.

Vi skal starte med å se på hva informantene sier at de gjør når de besøker sykehjemmet, men først skal vi se på hvordan de beskriver konteksten. Kontekst forstås her som det Jakobsen og Øierud (2009) omtaler som situasjonskontekst, her forstått som andaktsdeltakerne, sted for andakten og samarbeid om andakten.

4.1. Kontekst

Andaktsdeltakerne

Beboere i sykehjem er annerledes i dag enn de var for tjue år siden. De av informantene som har en del års presteerfaring, kommenterer at beboerne er blitt sykere de siste årene. Andaktsdeltakerne er i hovedsakelig skrøpelige gamle, altså mennesker i den fjerde alder, mens andre deltakere på andakten kan være ansatte, pårørende eller frivillige som følger beboere på andakten. Informantene understreker gang på gang at andaktsdeltakerne utgjør en mangfoldig og uensartet målgruppe. Det er stor variasjon i kognitiv kapasitet. Noen har langtkommen demenssykdom, mens andre er kognitivt velfungerende. Dette gjør at informantene opplever forkynnersituasjonen som utfordrende, kompleks, krevende og vanskelig. Hvordan skal man tilrettelegge andakten når tilhørerne har så forskjellig kognitivt funksjonsnivå? Sykehjemsandakten er mange steder også økumenisk. Noen av de som deltar på andaktene er medlemmer i andre kirkesamfunn. I hvor stor grad skal dette vektlegges med tanke på forkynnelsens innhold? Kan man for eksempel forkynne fortrøstningen i dåpen? Med dette som bakteppe, hvem skal prestene henvende seg til når de forkynner? Her velger informantene ulike strategier. Noen prøver å si noe som kan gi gjenklang hos alle de fremmøtte, mens andre er tydelig på at alt som skjer på andakten, ikke er for alle.

Så jeg prøver å si noe som kan gi gjenklang hos de som faktisk bor der. Men at det også er noe til de pårørende. For jeg tenker jo at andakten er like mye for de som kommer ned med dem. Men jeg vet i hvert fall at for mye høysvevende teologi kan en bare glemme, men gjenkjennbare fortellinger og litt sånn som kan bringe litt latter ... (Geir)

Hanne har mer fokus på beboerne. Hun beskriver at hun sier *mindre og mindre* og er blitt mer og mer opptatt selve *møtet*, samtidig som hun vektlegger sang, ulike liturgiske elementer og enkle bibeltekster. Selv om hun ser at denne formidlingsformen fungerer overfor beboerne, kan hun innimellom kjenne seg brydd dersom det er pårørende til stedet. Hun tenker at de pårørende kanskje synes det hun formidler er for enkelt, men

legger samtidig til at de pårørende har mulighet til å delta i menighetens ordinære gudstjenesteliv.

Selv om informantene jevnlig besøker et eller flere sykehjem, virker det likevel som om de har et utenfra-perspektiv når de omtaler beboerne og hverdagen på sykehjemmet. For mange av informantene er dette en fremmed kontekst, med blant annet nye og ubehagelige lukter. Alle informantene omtaler personer med demens som «de demente», og når informantene skal beskrive beboernes situasjon på sykehjemmet, er beskrivelsen gjennomgående negativ. Sykehjemmet er et sted der det er mye vondt. Dette gjelder både beboere og pårørende, selv om de ikke nødvendigvis gir uttrykk for dette selv. Å være beboer på sykehjem handler med andre ord om sykdom, ensomhet, sorg og depresjon. Karin forteller at hun jobbet som pleiemedhjelper i studietiden, og at dette setter sitt preg på hvordan hun er prest på sykehjemmet. Hun tolker livet til beboere på sykehjem som brutalt på mange måter. Andre mennesker bestemmer over dem, og det oppstår uverdige situasjoner fordi pleiepersonalet er presset på tid.

Det kan jo virke litt sjokkartet, av og til, for oss som kommer utenfra. F.eks. det ligger en mann på gulvet. Så prøver du å ... Oi, han ligger der på gulvet! Kanskje han har falt eller noe sånt? Så kontakter du en av personalet. Nei, han pleier å legge seg ned på gulvet. Og så sitter de og roper «Hjelp! Hjelp!» Og hun sitter sånn hele dagen. Så da, som litt utenforstående, da, så blir du litt sjokkert ... så, ja.
(Gustav)

Sted for andakten

Det er få sykehjem som har eget kapell eller kirkerom. Et par av informantene etterlyser dette. Det hadde gjort tilretteleggelse av trosutøvelse i sykehjem enklere. Da kunne man tatt i bruk flere sanser enn hva som er mulig når andakten foregår på et dagsenter eller på en stue på sykehjemmet. Hvor andakten foregår på sykehjemmet, varierer. Noen sykehjem har egne stuer og oppholdsrom som fungerer som samlingssted for felles aktiviteter på sykehjemmet. Her blir det også naturlig å ha andakten. Noen har andakten i en foaje, mens andre flytter andakten rundt på ulike avdelinger, alt etter hvor det finnes et egnet piano.

Hvor andakten finner sted, er med på å bestemme både innhold og hvem som deltar. Flere av informantene forteller at andakten foregår i lokaler der beboere eller dagsenterbrukere ikke har et annet sted å være under andakten, noe som krever større bevissthet med tanke hva man sier og gjør. Dette innebærer videre at deltakerne på andakten ikke nødvendigvis har en kirkelig forankring eller tilhørighet, noe som igjen bidrar til å øke mangfoldet blant tilhørerne.

Flere av informantene gir uttrykk for at det kan oppleves problematisk å ha andakt i et lokale der mennesker som ikke ønsker å delta på andakten, ikke har et alternativt sted å oppholde seg. Det handler om tros- og livssynsfriheten til dem som ikke ønsker å delta. Beboere og andre som ikke ønsker å delta på andakten, skal slippe det. Samtidig oppleves situasjonen utrygg for prestene når de er usikre på om deltakerne faktisk ønsker å være til stede. Å vite at andaktsdeltakerne kommer av eget ønske bidrar til å gjøre situasjonene tryggere for prestene og gir dem større frihet med tanke på forkynnelsens innhold.

Jeg syns nok i utgangspunktet det hadde vært fint om alt det vi gjorde av andakter, var på et sted der de var blitt trillet inn ut fra en slags forventning. For da hadde jeg vært helt trygt på at jeg er her. Jeg kan gjøre akkurat hva jeg vil. (Åge)

En av informantene forteller at på ett sted (dagsenter) har de løst denne problematikken ved å legge andakten til slutten av dagen, slik at de som ikke ønsket å delta, kan dra hjem litt tidligere. Anne forteller at de har flyttet mye rundt på andakten. De har vært på dagsenteret, i kantine og i forbindelse med koronapandemien flyttet de andaktene utendørs. For ikke så lenge siden ble andakten flyttet fra dagsenteret til en av avdelingene på sykehjemmet. I etterkant ser de at andaktsdeltakelse i større grad er et aktivt valg for deltakerne, og at de som kommer på andakten, har en tydeligere menighetsforankring i ulike menigheter i området.

Samarbeid om andakten

På noen sykehjem følger pårørende eller frivillige beboere til og fra andakten. De fleste stedene er det imidlertid ansatte som henter og følger beboerne til andakten. I alle samtalene understrekes det at hvem og hvor mange som deltar på andaktene, avhenger av hvilke ansatte som er på jobb den dagen. Noen ganger må informantene etterlyse beboere som vanligvis deltar på andakten, fordi de ansatte har glemt å ta dem med på andakten. Andre ganger får de tilbakemeldinger fra frustrerte pårørende fordi ansatte ikke har tatt med beboere på andakten. Det stilles i denne sammenheng spørsmål ved i hvor stor grad de ansatte er bevisst på beboernes religiøse behov.

Jeg har tenkt noen ganger: «Hva er det som er viktig?» Hvis de skal ha pedikyr, da tar jo betjeningen dem ned til de som skal stelle neglene deres, eller hvis de skal til frisøren eller hvis det er noen som er rundt og selger tøy til dem. Da blir de trillet inn i butikken. Og jeg tenker religiøse behov. Det er jo like viktig det som å få klippet seg. Men er det ikke alltid ... det er sjelden de er bevisst om det. (Steinar)

Ingen av informantene forteller at de på nåværende tidspunkt har faste møtepunkter med sykehjemmene hvor det diskuteres hvordan sykehjem og menighet i fellesskap best kan tilrettelegge trosutøvelse for beboere som er medlemmer av Den norske kirke. Elisabeth har imidlertid erfaring med dette fra et tidligere sted. Hun gir uttrykk for at det opplevdes verdifullt å ha faste møtepunkter med de ansatte på sykehjemmet, hvor de gjensidig kunne avklare ting med hverandre

Informantene forteller om varierende erfaringer og opplevelser når det gjelder i hvilken grad de ansatte på sykehjemmet hjelper til og bidrar både i forkant og under andakter. Prester som har ansvar for flere sykehjem, forteller om helt ulike erfaringer fra de forskjellige sykehjemmene.

Og du merker på en måte om du er en stein i skoen, eller om det er så flott at du kommer (...) Det er veldig forskjell på hvordan de legger til rette, og hvordan det oppleves å komme og ... (Leif)

Aktivitøren er en sentral person med tanke på samarbeid og tilrettelegging av trosutøvelse på sykehjemmet. Mange steder fungerer aktivtør som prestenes tilknytningspunkt på sykehjemmet. De ordner andaktsrommet på forhånd, setter fram stoler, finner fram sangbøker og sørger for mikrofon. Noen steder er det aktivitøren som tilbereder kirkekaffen. Andre steder er det frivillige fra menigheten som stiller opp med praktisk hjelp under kirkekaffen på sykehjemmet. Noen ganger merkes det tydelig når aktivitøren ikke er til stede. Informantene forteller at de kommer på sykehjemmet, og ingenting er gjort klart, i motsetning til når aktivitøren er på plass. Det oppleves situasjonen helt annerledes.

Vi har opplevd tider med ikke-aktivtør på plass og mye sånn frem og tilbake. «Å ja, kommer du i dag ja ... et øyeblikk ... skal bare ...» Det går et kvarter, 20 minutter før vi får begynt. Men når aktivtør er der: «Å, der kommer dere. Det var hyggelig! Takk for sist!» ... (Ole)

Hvordan samarbeidet mellom ansatte i sykehjem og ansatte i Den norske kirke oppleves, varierer. I hvor stor grad de ansatte deltar på andaktene, varierer også. Noen av informantene opplever at de ansatte er veldig til stede og deltar aktivt på andakter og gudstjenester. Noen steder er ansatte med som nattverdmedhjelpere, mens andre steder ser informantene ingenting til de ansatte, og de opplever at det er vanskelig å komme på talefot med dem. Noen steder står TV-en på når prestene kommer for å ha andakt. Det er stor forskjell på opplevelsen av å være velkommen, om det er aktivitøren som skruer av TV-en, eller om presten må gjøre det selv.

Gustav understreker at han føler seg velkommen når han kommer på sykehjemmet. *Du blir ønska veldig velkommen. Det er koselig.* Han kommenterer at på sykehjemmet blir det servert kake og kaffe, og han er veldig glad i kake og kaffe. Han opplever av at de ansatte er glade for Den norske kirke kommer og stiller opp, men av og til virker det som om de ansatte ikke helt har skjønnet opplegget. På samme måte som vi har sett at sykehjemmet framstår som en ukjent kontekst for informantene, kan det synes som om andakten er noe fremmed for flere av de ansatte på sykehjemmet. Informantene forteller

at de ansatte både har servert kaffe og kaker under en gudstjeneste og satt koronasprøyter under en andakt.

Men det var én gang som jeg stussa litt. Det var gudstjeneste på skjærtorsdag på et sykehjem. Midt under talen så begynte de ansatte å servere kaffe og kaker. Midt i gudstjenesten. Og da sa jeg ja, OK, da kan jeg bare ta en pause, da. Så kan vi ta litt kaffe og kaker nå ... (latter) ... Nei, bare fortsett, sa de. Så altså ... de ansatte vitna om at de liksom ikke hadde helt skjønt opplegget, da. Men det gikk, det gikk greit, det òg. (Gustav)

Vi har nå sett hvordan informantene beskriver konteksten. I fortsettelsen skal vi se nærmere på hva prestene forteller at de gjør når de besøker sykehjem i menigheten. Vi starter med å se på hvordan de tilrettelegger trosutøvelse i fellesskap.

4.2 Tilretteleggelse av trosutøvelse i fellesskap

Opplegg for andakten

Noen prester har eneansvaret for andakter på sykehjem, mens andre deler ansvaret med andre prester eller diakoner, og i noen menigheter stiller frivillige opp og har andakter på sykehjemmet. Det finnes ingen liturgi for andakt på sykehjem. Kristian forteller at han bruker det samme opplegget hver gang han har andakt, bortsett fra når det er nattverd. Kristian er en erfaren prest og har brukt det samme opplegget også i menigheter der han tidligere har vært prest. Dette er et opplegg han har god erfaring med. Anne forteller at hun ikke har noen fast mal på det hun gjør. De senere årene har hun i økende grad gått over til å bruke sang og musikk, og hun omtaler andakten for sangandakt.

I flere av menighetene er det ulike personer som har ansvaret for sykehjemsandaktene. Geir forteller at han har et fast opplegg. I hans menighet har de ansatte ansvaret for tilretteleggelse av trosutøvelse ved fire eldreinstitusjoner. Geir gir uttrykk for at det i en travel hverdag oppleves godt å ha faste rammer å gå inn i. Dette er rammer han selv har utformet. Det finnes ingen formelle rammer i regi av menigheten, og han vet ikke hva kollegaene gjør. Ragnhild forteller at de er tre personer som sammen deler på ansvaret

for andaktene på sykehjemmet. De følger stort sett det samme opplegget, noe som gjør det gjenkjennbart for andaktsdeltakerne. Kari forteller at hos dem har andakten et økumenisk preg. Flere av andaktsdeltakerne kommer fra andre kirkesamfunn enn Den norske kirke, og frivillige stiller opp som andaktsholdere. Hos dem er det et bevisst valg å ikke ha en fast mal for andakten.

Flere etterlyser liturgier eller opplegg for kirkelig betjening av sykehjem og andre eldreinstitusjoner. Selv om det ikke finnes faste maler for andakt på sykehjem, bruker informantene variasjoner av det samme opplegget. Ulike elementer fra gudstjenesteliturgien fungerer som ramme rundt selve andakten. Hvilke elementer som brukes, varierer, men de fleste starter med nådehilsen. Deretter følger Fadervår og eventuelt andre bønner, andakt, sang og musikk, velsignelse og hilserunde.

Det personlige møtet med andaktsdeltakerne blir vektlagt. Det er kanskje det viktigste som skjer under hele andakten. Hilserunden, det å gå rundt å ta hver enkelt av deltakerne på andakten i hånden, blir fremhevet. Kristine gir uttrykk for at den personlige kontakten gjennom håndhilsning sannsynligvis har større betydning for andaktsdeltakerne enn innholdet i det hun forkynner. På flere steder er det kirkekaffe eller en form for hyggestund i etterkant av andakten. Da setter informantene seg ned med andaktsdeltakerne og prater om løst og fast. De understreker at de prøver å snakke med alle som er til stede. Noen ganger blir de bedt om å besøke beboere på rommet etter andakten, men dette er ofte ikke mulig på grunn av tidsrammen. De fleste har et sted mellom en halvtime og en time til disposisjon på sykehjemmet. Det personlige møtet skjer dermed enten når de går rundt og hilser på andaktsdeltakerne eller når de setter seg ned med deltakerne på kirkekaffen.

Og da prøver jeg å snakke med alle. Om det bare er en liten sånn: - Hvordan går det? Og noen som er meget oppegående kognitivt, de har lyst på en lengre samtale, men så er det jo litt sånn at jeg skal gjerne videre. Og så kan det ikke være for lenge, for da kommer vi over på den der kapasiteten. (Hanne)

Forkynnelsens form

Tilretteleggelse av trosutøvelse på sykehjem oppleves av flere som en øvelse i fleksibilitet. De vet ikke helt hvem de har å forholde seg til, og plutselig skjer det noe som gjør at man må endre på ting eller å ta ting på sparket. Det oppleves til tider uforutsigbart. Som vi har sett, beskriver informantene andaktsdeltakerne som en mangfoldig og uensartet gruppe, blant annet med hensyn til kognitiv kapasitet. I hvor stor grad skal forkynnelsen være demensvennlig? Skal man forkynne annerledes til personer med demens, og i hvilken grad skal man ta hensyn til at det sitter personer med demens i forsamlingen? I et par av samtalene diskuterer informantene denne tematikken uten at det konkluderes tydelig. To av informantene har erfaring som pårørende til personer med demens. De bruker denne erfaringen på forskjellig måte når de forkynner på sykehjemmet. Mens Kristine bruker sin pårørendeerfaring som en ressurs i møte med andaktsdeltakerne, velger Kristian å fokusere på de som ikke har kognitive utfordringer når han holder andakt på sykehjemmet.

Noen informanter legger vekt på forkynnelse som verbal kommunikasjon. Formidling i denne konteksten blir beskrevet som en stadig kamp, der informantene forsøker å trenge gjennom til tilhørerne, noe som ikke alltid lykkes. Å forkynne i denne konteksten kan dermed oppleves meningsløs, fordi det som blir sagt, som oftest forsvinner hos tilhørerne.

Gruppa som sitter her, kan ha langtkommen demens, og så prøver man å nå gjennom, og så får man ikke akkurat det til, akkurat den der, den dagen. Og så må man bare stå i det. (Karin)

Andre informanter understreker betydningen av nonverbal kommunikasjon og av følelsen deltakerne sitter igjen med etter andakten. Humor bidrar til å skape en god stemning blant tilhørerne. Hvem presten er, og hvordan vedkommende er i møte med deltakerne på andakten, kan i mange tilfeller være like viktig som hva hun eller han sier. Noen understreker betydningen av øyekontakt, å møte blikket til tilhørerne og å være hundre prosent til stede når de har andakt på sykehjemmet. Slik kan en som forkynner, vekke gode følelser hos tilhørerne, og følelsene sitter igjen i lang tid etterpå. Sånn sett er

det å forkynne for personer med demens ikke så ulikt det vi jobber med ellers, påpeker Knut. Det er ikke alltid folk husker hva vi sier, men de husker hvordan vi fikk dem til å føle seg.

Men jeg tenker jo at måten jeg sier ting på, og ansiktet mitt, stemningen det skaper, er like viktig som ordene, på en måte ... altså at ... For det er kanskje følelsen de sitter igjen med etterpå. (Åse)

Nonverbal kommunikasjon handler også om bruk av symboler. Et tema som blir drøftet av informantene er bruk av rundsnipp på sykehjemmet, og her varierer praksis. Elisabeth forteller at hun bruker presteskjorte i sammenhenger der hun ikke er kjent, mens Åge mener at det ikke er nødvendig med presteskjorte på sykehjemmet for andaktsdeltakerne er så «oppegående» at de vet at det er presten som kommer. Marit sier at hun som regel alltid bruker rundsnipp. I en av samtalene påpekes det at det er forskjell på å ha andakt på et dagsenter og på en sykehjemsavdeling, fordi beboere på sykehjem er mye dårligere enn brukere av dagsenter. I møte med personer med demens gjør presteskjorten det lettere for dem å gjenkjenne presten. Rundsnippen signaliserer tydelig hvem det er som kommer. Både Anne, som har vært prest en stund, og Live, som er blant de yngste av informantene, påpeker at det er spesielt viktig for kvinnelige prester å bruke rundsnipp på sykehjemmet. Det hjelper andaktsdeltakerne til å forstå at de er prester, noe som ikke er en selvfølge for alle beboerne.

Kan jeg bare si en viktig ting? For noen av oss blir jo kalt konfirmanten av noen aldersgrupper ... (latter) ... så må man egentlig bruke snipp ganske mye for bare å slippe det. Jeg tenker det vil endre seg med alderen. Men for dem er jo jeg kjempeung, selv om jeg er NN år til sommeren, det er kjempeungt. (Live)

Forkynnelsens innhold

Som vi har sett ovenfor, finnes det ikke noen liturgi til bruk på sykehjem.

Andaktsdeltakerne på sykehjemmet er i tillegg en uensartet gruppe. Informantene gir uttrykk for at det ikke alltid er lett å vite hva de skal ta utgangspunkt i når de skal ha en andakt eller en preken. Noen tar utgangspunkt i årstidene eller en historie, mens andre

sier at de tar utgangspunkt i at andaktsdeltakerne er i livets slutfase. På den måten får andakten på sykehjemmet likhetstrekk med gravferdstaler. Vel halvparten av informantene forteller at de delvis følger kirkeåret og tar utgangspunkt i enten kommende eller forrige søndags tekster. Noen bruker andakten på sykehjemmet som et ledd i forberedelsen til søndagens gudstjeneste, og tester ut tanker rundt kommende søndags prekentekst i andakten. Flere informanter gir derimot uttrykk for at det ikke alltid er lett å bruke søndagens tekst, fordi den passer ikke inn i konteksten. Noen forenkler teksten, mens andre velger et annet utgangspunkt. Flere forteller at de har endret praksis etter at de har fått erfaring med forkynnelse på sykehjemmet.

Til å begynne med så hadde jeg gjerne en andakt som var knytta opp neste søndags tekst. Men de siste åra så har jeg stort sett bare fortalt bibelfortellinger. Og knytta noen få tanker til det på slutten. (Kristine)

Hva forkynner prestene når de har andakt på sykehjemmet? Elisabeth understreker at bønn er et viktig tema for henne, som hun ofte kommer tilbake til. Gunnar ønsker å formidle *det enkle evangeliet om Jesus Kristus* og at det er fremtid og håp for alle, også for de som lever livet sitt på et sykehjem og opplever at hverdagen kan være krevende på mange måter. Ole er opptatt av å formidle Guds kjærlighet og omsorg til andaktsdeltakerne. Flere av informantene vektlegger at tilhørerne aldri er alene, og at Jesus er med dem uansett hvordan dagen er. De er ikke glemte av den treenige Gud, vår Skaper, Frigjører og Livgiver. Hos Gud kan de være trygge, her kan de hvile og de kan komme til Gud som de er, med både tro og tvil. Åse sier at noen av andaktsdeltakerne har noen *forestillinger om frelse og med gudsbildet som ... som jeg ønsker å utfordre litte grann*. Både hun og andre ønsker å bidra til at deltakerne sitter igjen med opplevelse av at den troen de har, er god nok.

Jeg merker det at det er et budskap som jeg kommer tilbake til igjen og igjen. Det at Gud bærer oss i gode og dårlige dager. Og at det er noen man kan søke trygghet hos og komme til med både tro og tvil ... (Karin)

Sang og musikk

Det siste som glipper, er musikken, sier Hanne som forteller at hun har gitt sang og musikk stadig større plass i andakten. Flere av informantene forteller at de har gjort som henne. Andaktsdeltakerne setter stor pris på sang og musikk, men det må være sanger som er gjenkjennbare. Sykehjemmet er ikke stedet der man lærer seg et nytt repertoar. Andaktsdeltakerne pugget salmevers både på skolen og i konfirmasjonsundervisningen, og mange kan fremdeles disse utenat. Hvilke sanger som synges under andakten, varierer derimot. Ulike landsdeler har ulike sangtradisjoner. Noen steder har de et forholdsvis vidt repertoar. I tillegg til salmer synger de også sanger som tidligere ble spilt på Ønskekonserter, samt sanger med lokal tilknytning. Dette er sanger som andaktsdeltakerne har lært i barndommen. Orkdal diakoniutvalg gav for en del år siden ut sangboken «Syng med!» i stor skrift. Disse sangbøkene finnes på mange av landets sykehjem, og over halvparten av informantene forteller at de bruker denne sangboken. Hvem som velger sangene, varierer. Noen ganger er det presten, andre ganger er det organisten, og andre ganger igjen blir andaktsdeltakerne spurt om hvilke sanger de ønsker å synge.

Vi spør ofte: - Hva vil dere synge? Og så kommer de med en eller annen sang de har lyst til å synge. Og det er mye «Fager kveldssol smiler», og den typen sanger.
(Kristine)

Alle informantene vektlegger betydningen av sang og musikk. Det varierer imidlertid om informantene har med seg organist på sykehjemmet. I ett av prostiene er det tydelige føringer på at organisten skal være med presten på sykehjemmet, men slik er det ikke overalt. Flere av informantene forteller at de har med seg gitar og spiller til sangene. Dette får i noen tilfeller betydning for sangvalget. Informantene velger sanger som de opplever de behersker å spille gitar til. I ett av prostiene der bedehuskulturen står sterkt, bruker man gjerne sanger fra bedehuset. Dette er sanger som andaktsdeltakerne kan, og de er forholdsvis enkle både å synge og å spille gitar til.

Hvordan det oppleves for informantene å dra på sykehjemmet for å ha andakt uten å ha med seg organist, har sammenheng med prestenes opplevelse av egen musikalitet. De

som kan spille gitar og stemme i en sang, gir uttrykk for at det går greit. De som ikke spiller noe instrument og uttrykker at de ikke kan synge, opplever dette som krevende. Et par av disse informantene gir uttrykk for at organisten mer eller mindre kan erstatte presten. Organisten kan godt komme alene på sykehjemmet, mens presten kan ikke komme uten organisten. Det blir påpekt at musikalske evner ikke er en forutsetning for å være prest i Den norske kirke, og at situasjonen slik den er nå framstår som sårbar.

Men vi er jo ikke ansatt fordi vi kan synge. Det er jo greit for min del, jeg kan synge. Men en kan jo ikke basere seg på det, eller at en skal spille et instrument. Så det er litt sårbart (Einar)

Nattverd og nattverdfeiring

De fleste informantene forteller at de har nattverd 1-2 ganger i semesteret. Geir beskriver at de har gudstjeneste med nattverd en gang per måned og Ole forteller at de har nattverd i forbindelse med høytidene. Hanne derimot, forteller at hun ikke har forrettet nattverd siden før pandemien, da det å forrette nattverd stoppet helt opp. I en periode gav de ansatte på sykehjemmet uttrykk for at beboerne var for fysisk syke til at de kunne motta nattverd. Hanne forteller videre at sentrale menighetsmedlemmer jobber på sykehjemmet, men hun opplever ikke å få noen drahjelp fra dem. Beboerne på dette sykehjemmet har dermed ikke fått nattverd siden før pandemien. Det virker som denne situasjonen tærer på Hanne.

Åja, det har vært en sånn bøyg. Og det er ingen som etterspør det. Og jeg har vært litt på de ansatte. Og det gjøres aldri klart. Men jeg kunne vært mer på, så det er aller mest min egen feil ... (Hanne)

Som vi har sett flere ganger, opplever informantene andaktsdeltakerne som en uensartet gruppe både med tanke på kognitiv kapasitet og hvor kirkelig aktive de har vært tidligere i livet. Det krever en viss fingerspissfølelse med tanke på hvem som skal få nattverd og ikke. For de som tidligere har vært kirkelig aktive er dette noe kjent, mens for andre er dette ukjent. Det kan være vanskelig for presten å vite hvem som skal ha nattverd. Presten kan ikke alltid stole på hva andaktsdeltakerne sier. Det er ikke alle som husker

om de tidligere har pleid å gå til nattverd eller ikke. I tillegg er det ikke alltid at andaktsdeltakerne vet hva de skal gjøre med nattverdelementene etter at de har mottatt brød og vin.

Hvem skal ha nattverd hvis du ikke har språk og ikke har noen kjente ved siden av deg? Så skal jeg bare gi? Eller skal jeg bare la være? Og det er en sånn der-og-da vurdering hver gang. Fram til en kanskje kjenner de bedre. Men, på et sted der man er hver 14. dag, med så gamle som folk er nå, så kan det endre seg fort hvem som er der. Så det er slett ikke alltid like lett. (Geir)

En av informantene forteller at de ansatte i menigheten har diskutert seg imellom hvordan de skal gjøre med tanke på nattverdutdeling på sykehjemmet. Noen av de ansatte i menigheten har tatt til orde for at det er mest naturlig å forrette nattverd på rommene til tidligere aktive menighetsmedlemmer. Det blir kommentarer at på gudstjenester på sykehjemmet er det flere som går til nattverd som ikke ville ha gjort det på en vanlig søndagsgudstjeneste. Hva informantene tenker om dette, varierer. Noen synes det er fint, mens andre opplever at det problematisk. Noen av informantene forteller om beboere på sykehjem som går til nattverd for første gang, og gir uttrykk for at det oppleves fint å få være med på.

Hvordan forretter informantene nattverd på sykehjemmet? Flere forteller at de bruker intinksjon. Kristian brukte tidligere særkalker, men har i det siste gått over til å bruke intinksjon. Det oppleves enklere når han er alene om å forrette nattverd. Han kan holde både kalk og disk samtidig. Ole bruker både særkalker og intinksjon, men synes at intinksjon er enklere. Åse forteller at hun bare begynte med intinksjon fordi det ble mye søl med særkalker. Gustav forteller at han nylig hadde en gudstjeneste på et sykehjem der de brukte intinksjon. De var to om å gå rundt med nattverdelementene, kirketjener gikk med vinen. Gustav opplevde at dette fungerte veldig fint sammenlignet med tidligere erfaringer der han har brukt særkalker.

Hvordan takler andaktsdeltakerne nattverd med intinksjon? - *De er blitt vant med det*, sier Kristian. Noen dypper oblaten litt for mye, men han prøver å ikke ha for mye vin i

begeret. Geir forteller at han aldri legger oblaten i hånden til gudstjenestedeltakerne dersom han ikke er sikkert på at de kan dyppe selv. Da dypper han oblaten og putter den i munnen til den som skal motta nattverd. De som klare seg på egen hånd gjør det selv. Han er opptatt av at det skal være en fin opplevelse for de som deltar.

Men ikke alle bruker intinksjon. Andaktsdeltakerne er vant med å bruke særkalker fra tidligere, og Kristine vektlegger blant annet det gjenkjennbare med særkalker når hun argumenterer for bruk av særkalker på sykehjemmet.

Jeg synes det er viktig å bruke beger, for det de er vant med. Jeg opplever meg dessuten litt snurt selv når vi har intinksjon. Det har nok også litt med det å gjøre. Det blir litt sånn «fast food». (Kristine)

Nattverd er et område der verdien av et godt samarbeid med ansatte på sykehjemmet blir tydelig. Flere steder er det ansatte på sykehjemmet som ordner alt det praktiske rundt nattverden på forhånd. Noen steder er de også med som nattverdmedhjelpere. De ansatte på sykehjemmet kjenner beboerne på en annen måte enn hva kirkelig ansatte gjør. Elisabeth forteller at de ansatte avklarer med andaktsdeltakerne på forhånd om de vil delta på nattverden eller ikke. De setter fram beger ved siden av dem som ønsker å delta slik at presten vet hvem som ønsker å delta og hvem som ikke gjør det. Kari beskriver at de ansatte går rundt og deler ut nattverdbeger til andaktsdeltakerne. De som ønsker å delta kan da takke ja til beger. Åse forteller at ansatte deltar på nattverden og nikker diskret eller rister på hodet til presten dersom presten er usikker på om andaktsdeltakeren skal ha nattverd eller ikke.

Fadervår og andre bønner

Fadervår er et fast ledd i alle andakter på sykehjem. Det er en bønn som andaktsdeltakerne kjenner seg igjen i, en bønn som de har bedt mange ganger tidligere i livet.

Opplever at både Fadervår og trosbekjennelse er et sånn der viktig element. Da kommer munnene i bevegelse. Da er de hjemme på et eller annet vis og hviler i troen sin, tenker jeg. (Åse)

Alle bruker Fadervår, men hvilken versjon av Fadervår som brukes varierer. Alle tre versjonen av Fadervår brukes. Noen av informantene understreker betydningen av et gjenkjennelig språk og bruker en av de to versjonene som starter med «Fader vår». Hanne forteller at hun bruker 1930-versjonen av Fadervår. Hun er ansatt i et prosti med folkekirkelig preg. Ingen av informantene som er ansatt i de to prostiene med folkekirkelig preg, bruker den nyeste versjonen av Fadervår, mens i de to prostiene i bibelbeltet er det flere som bruker den nyeste versjonen. I ett av disse prostiene bruker alle informantene, bortsett fra én, den nyeste versjonen av Fadervår. Det er ulike meninger blant informantene om hvorvidt de skal bruke et gjenkjennelig liturgisk språk eller ikke når de har andakt på sykehjem.

Jeg bruker den som begynner med ordene Fader vår, men ikke den eldste. Jeg tenker det har med gjenkjennelse å gjøre. At det er viktig, spesielt med eldre mennesker, og enda mer med de som har demens. Ja. (Einar)

Kristian forteller at han bruker det nyeste liturgiske språket, både med tanke på nattverd og Fadervår. Han deler ut «Kristi kropp» og ber «Vår Far i himmelen». Han har trykket opp et hefte med sanger som brukes under andaktene. Her finner også andaktsdeltakerne Fadervår og Velsignelsen. Kristian gir uttrykk for at han oppfatter at andaktsdeltakerne fremdeles kan lese.

... og på baksida så står Fadervår og velsignelsen skrevet, på de to siste sidene. Plutselig har Fadervår endret seg, ikke sant. Da vet de at de kan gå på siste side å være med og lese den. (Kristian)

Flere av informantene beskriver at de ber for hver enkelt som deltar på andakten. Åse forteller at hun tenner lys samtidig som hun ber for de fremmøtte på andakten med navns nevnelser. Dette er noe hun har lært av en tidligere kollega som er diakon. Hun gir uttrykk for at dette er noe hun aldri vil slutte med. Denne praksisen skaper en spesiell stemning i rommet og det er tydelig at deltakerne på andakten blir berørt.

Målsetting med andakten

Det varierer hva informantene ønsker å oppnå med andakten. Kåre beskriver at han prøver å ha *en ganske høy og lystig stemme*, samtidig som han forsøker å få de som kommer på andakten til å le, og på den måten *har de en hyggelig og hellig stund sammen*. Flere av informantene understreker at de prøver å skape gode opplevelser for andaktsdeltakerne gjennom å få tilhørerne til å le. Gustav, som selv er en «godt voksen» mann minnes gamle dager, og på den måten skaper han en bro til, og et fellesskap med, tilhørerne. Her ser vi hvordan han aktivt bruker reminisens i møte med deltakerne på andakten.

Vi som er oppi åra, vi husker godt det, ikke sant? Ungdommen husker ikke det, de unge sykepleierne husker ikke det. Det er et tegn på at du begynner å bli gammel, at ting du tror at alle vet om, det er bare vi gamle som vet om det, f.eks. «Der Bjørkane susar» med Hootenanny Singers. Sykepleierne trodde jeg tulla. Det var et band som het Hootenanny Singers, og de gamle nikker og er med. Så jeg pleier å spille litt på det. (Gustav)

Steinar framhever betydningen av følelser og understreker *følelser som en nøkkel til å finne ut hva som er klokt og godt å gjøre*. Når mennesker opplever noe som er verdifullt og viktig, vekkes gode følelser. Han gir uttrykk for at han ønsker at de som kommer på andakten skal sitte igjen med en følelse av trygghet etterpå. Han er videre opptatt av å se hver enkelt, og på hilserunden tiltaler han alltid andaktsdeltakerne med fornavn. Geir er bevisst sin egen væremåte i møte med menneskene som kommer på andakten. Han understreker også betydningen av å se enkeltmennesker og å gi dem en opplevelse av å bli sett. På den måten ønsker han å bidra til «å løfte dem opp» og å gi dem verdighet.

Når jeg har andakt, går jeg rundt og hilser på alle og prater med den jeg hilser på. Det er jo noe med hvordan jeg opplever det. Jeg er veldig opptatt av det. Noen ganger sitter det pårørende ved siden av som begynner å snakke. Det er fort gjort å begynne å ha dialog med den pårørende. Holder alltid hånda til den jeg hilser på, kikker inn i øynene. Null respons, men jeg prater likevel: - Så fint å se deg! Fin

skjorte du hadde på i dag, eller et eller annet. For jeg tenker at jeg må ikke kommunisere over hodet på dem, for vi vet ikke hvor mye de får med. (Geir)

Personer med demens kan ofte oppleve å befinne seg på annet sted og i en annen tid enn det ansatte på sykehjemmet og besøkende slik som presten, gjør. Det kan ofte være en utfordring å møte beboerne der de er. Steinar understreker at han aldri *diskuterer* eller *motsier* beboerne, uansett hvor rart det høres ut det som sies. Han prøver derimot å møte beboerne der de er. Han kommer med et eksempel: En beboer, en dame som i oppveksten var vant til at kirkelig ansatte kom roende på fjorden, spurte alltid hvordan fjorden var når han kom på besøk på sykehjemmet. I stedet for å realitetsorientere henne og si at han kom kjørende med bil, svarte Steinar:

«Å, idag lå han blikk stille. Det var så greit å ro». Også ble hun så fornøyd. De andre skjønnte jo ikke hva vi snakket om. Det trengte de ikke å legge seg oppi, men så hadde jeg oppnådd det jeg ville. (Steinar)

Informantene bruker ulike betegnelser på det å «møte den andre der hun eller han er». Hanne snakker om å møte folk i *galskapen*, og Geir bruker begrepet å *spille med*. For noen kan dette oppleves etisk utfordrende, for når en beveger seg inn i den andres verden kan man oppleve at man snakker usant. Det kan virke som Hanne er usikker på *hva som er rett og galt* i denne sammenhengen, mens Steinar og Geir ikke har noen etiske betenkeligheter med å *spille med*. Beboeren som ble beskrevet ovenfor, ble beroliget og betrygget. Hun fikk en god opplevelse og var fornøyd.

Å møte mennesker der de er, kan bidra til at de trives. Det er imidlertid ikke alltid like lett. Som vi har sett ovenfor, tolker mange av informantene at det er mye tristhet på sykehjemmet. Åse gir uttrykk for at hun synes det er *vanskelig* at det er så mye *tristhet og depresjon* blant de som deltar på andakter på sykehjemmet, sammenlignet med andre steder. Hun beskriver at hun ofte tilpasser seg det hun oppfatter som stemningsleiet til deltakerne på andakten, og stiller spørsmål om hun skal legge seg på deres *stemningsleie* eller ikke. I den videre samtalen understrekes det at også her handler det om å møte den andre der han eller hun er. Åse spør imidlertid om det er mulig å gjøre det

på andre måter, måter som kan være med å flytte fokus og bidra til at deltakerne blir *lettere til sinns*.

Vi har nå sett hvordan informantene i studien legger til rette trosutøvelse i fellesskap. Hva gjør de med tanke på å tilrettelegge individuell trosutøvelse?

4.3 Tilretteleggelse av individuell trosutøvelse

Et fåtall av informantene oppsøker beboere på eget initiativ. Et par forteller at de besøker mennesker de kjenner fra før, mennesker som tidligere har vært aktive i menigheten. Det er også et fåtall av informantene som har faste avtaler der de besøker beboere jevnlig.

De fleste samtalene blir initiert av de ansatte på sykehjemmet. Etter andakten blir presten bedt om å besøke beboere på rommet, enten for å samtale, be en bønn eller for å forrette nattverd. Hvor ofte dette skjer, avhenger av hvilke ansatte som er på jobb. Kari beskriver de ansatte som *kjempeflinke* og forteller at de ansatte *ofte* ber prestene om å stoppe igjen etter andakten. Informantene tallfester ikke dette, så hva dette innebærer i antall besøk er det vanskelig å få en fornemmelse om. De fleste gir uttrykk for at de har noen samtaler i året eller at de ikke har mange samtaler. En av informantene snakker om at han kanskje har slike samtaler tre ganger i året.

Mange prester har en så tettpakket timeplan at det ikke er mulig å stoppe opp i etterkant av andakten for å ta en prat med noen av beboerne. De fleste har noe annet på programmet rett etter andakten. Informantene gir uttrykk for at når de blir bedt om å ha en samtale med noen, gjør de det de kan for å etterkomme ønsket. Noen velger å komme tilbake på et annet tidspunkt, eller de ber andre ansatte i menigheten om å ta samtalen. Kåre sier derimot at dette er noe han ikke prioriterer. I løpet av samtalen kommer det fram at hans manglende prioritering av sjelesorgsamtaler på sykehjemmet kan ha flere årsaker, men manglende tid er en viktig begrunnelse.

*Jeg må også si at det er ikke ofte, men en del er fordi at dette prioriterer jeg ikke.
Altså hvis jeg får for mange sånne, så holder jeg på å drukne. (Kåre)*

Noen steder ringer ansatte fra sykehjemmet og ber presten om å komme, enten for å samtale med beboere som er urolige, eller for å be en bønn og lyse velsignelsen over en døende. Noen ganger ber de pårørende presten om å besøke en av sine kjære, enten fordi beboeren er døende, eller fordi de som pårørende tenker at det kan være godt for «deres kjære» å få snakke med en prest. Å bli tilkalt for å ha en samtale med en person med demens kan være utfordrende for den som skal ha samtalen. Dersom det går en stund fra man blir tilkalt til man har mulighet til å gjennomføre samtalen, er det ikke sikkert at personen med demens husker at han eller hun har bedt om å få snakke med presten. Noen ganger kan besøket være bestemt over hodet på den det gjelder, det handler mer om de pårørendes ønsker og behov.

Vi kan bli tilkalt fordi det er noen som er urolige og vil snakke med en prest. Hvis det da er en dement person, så når du kommer inn, så er det gjerne en time eller to, eller kanskje et døgn, og da er vedkommende på et helt annet sted. Og du aner ikke hvorfor du er kommet, for ingen har forklart deg det, og det syns jeg kan være ganske vondt. (Kristine)

Hva gjør man når man blir tilkalt til en person som nesten ikke har språk, og man ikke vet hvorfor man er tilkalt, spør Knut i en av samtalene. Å bli tilkalt for å ha en samtale med en person man ikke kjenner, og som heller ikke kan gi uttrykk for hva vedkommende har behov for, er en krevende situasjon å være i. Da synger man, fikk Knut som respons fra gruppen. I fortsettelsen av samtalen ble betydningen av sang og musikk og liturgiske tekster understreket, også med tanke på tilretteleggelse av individuell trosutøvelse i form av samtaler og sjelesorg.

Vi har nå sett hvordan informantene beskriver konteksten på sykehjemmet, og hva de gjør når de tilrettelegger trosutøvelse i denne konteksten. I fortsettelsen skal vi se hvordan informantene beskriver det å være prest på sykehjemmet. Vi begynner med å se på hvilke tilbakemeldinger menighetsprestene får fra dem som deltar på andaktene.

4.4 Informantenes opplevelse av prestetjenesten på sykehjem

Tilbakemeldinger fra andaktsdeltakerne

Mange av prestene i studien forteller at det er godt oppmøte på andaktene, og at de blir møtt med takknemlighet fra deltakerne. De blir takket for at de kommer, og for det de gir. Flere gir uttrykk for at de har en opplevelse av å ha betydd en forskjell, og at tilhørerne er glade for at de kommer.

Jeg føler at det er et veldig takknemlig publikum, eller menighet, får jeg kalle det, som er veldig glad for at jeg kommer og takker etterpå. Noen gir ikke så mye respons, men det er en veldig god opplevelse, syns jeg. Sitter igjen med en følelse av å ha betydd en forskjell for dem. (Einar)

Noen av informantene forteller om tydelige og ærlige tilbakemeldinger på sangvalg, toneleie til sangene og hvor fort de snakker. Anne forteller at hun har fått tilbakemeldinger på utseende, hår og øredobber og kommenterer at *gamle menn kan jo være litt ymse*.

Noen ganger gir deltakerne på andakten uttrykk for at de ikke ønsker å være der. Det kan bli kommunisert enten verbalt eller nonverbalt, noe som kan oppleves utfordrende for informantene. Knut forteller om sin første andakt i demensomsorgen. Han tolket en av deltakerne, en dame, til å være *helt borte*. Knut snakker en nynorsk dialekt. Plutselig «våknet damen til liv» og gav tydelig beskjed om at hun hverken likte eller forstod nynorsk, før hun høyt og tydelig proklamerte at hun ikke ønsket å være på andakten. Det opplevdes ikke lett å gjennomføre resten av andakten etter dette.

Det å skulle holde tråden i det du står og gjør når et menneske reagerer så spontant fremfor deg, er et nivå av absurditet som jeg aldri kommer til å glemme. (Knut)

En demenssykdom kan komme til syne på mange måter. Noen har mye uro i kroppen og klarer ikke å sitte stille. Mange kan få problemer med søvnmonsteret. De fleste av oss

som har andakter på et sykehjem, har opplevd at en eller flere av tilhørerne har sovnet i løpet av andakten. Det har også prestene som er intervjuet i denne studien. At tilhørerne sovner, kan tolkes som en form for tilbakemelding på andakten eller som en del av konteksten på sykehjemmet. Vi ser at informantene i studien har begge tolkningene. Flere gir uttrykk for at de opplever dette krevende og utfordrende, og at det kreves mot og selvtillit å fortsette andakten når syv av ti sover. Andre informanter gir uttrykk for at dette ikke er noe som må vektlegges særlig.

Men om noen sover, så tenker jeg at da har de hatt et sceneskifte. Så er de med et øyeblikk, eller så var det en sang de hørte. Men man kan jo ikke ta seg sjøl så veldig høytidelig. Om noen sover eller roper, eller kommer litt til og fra, eller ...
(Hanne)

Krevende, utfordrende, givende og meningsfylt

Prester, slik som alle andre, er forskjellige, og hvordan de opplever det å være prest på sykehjemmet varierer. Noen bruker ord som fint, gøy og koselig om det å ha andakt på sykehjemmet. Kristian gir uttrykk for at det er *flott å være så ønsket* og Marit gir uttrykk for at det er *noe av det mest givende jeg gjør, det å gå på gamlehjem*. Andre informanter fokuserer mer på at det oppleves krevende og utfordrende. Det handler i mange tilfeller om kommunikasjonsutfordringer, at ordene ikke strekker til eller at de bare når ut til et fåtall i forsamlingen. Leif gir uttrykk for at han kanskje når ut til 40% av de som er til stede. I alle andre sammenhenger er informantene vant med å få respons på det de sier og gjør. Den manglende responsen påvirker opplevelsen av seg selv som prest, og i hvilken grad man føler man gjør en god jobb på sykehjemmet.

Og når du ikke har den responsen eller responsen ikke er på det du prøver å formidle, men noe helt annet, så føler jeg meg litt sånn usikker og mislykka som prest, kan gjøre, ja. (Heidi)

Live beskriver at som prest går hun inn i mange ulike rom i løpet av en arbeidsdag. Når hun er inne i et av disse rommene, oppleves det fysisk, hun kjenner det i kroppen. Men når hun lukker døren til et rom, er det litt «ute av øye og ute av sinn». Sykehjemmet er et

av de stedene der hun opplever dette tydeligst. Det oppleves som å tre inn i en annen verden. Her møter hun en gruppe mennesker som hun ikke møter andre steder. Heidi opplever å være *fremmed* når hun kommer som prest på sykehjemmet, og både Live og Eli uttrykker at de føler seg *nakne* når de kommer på sykehjemmet. Det handler i stor grad om utrygge rammer rundt prestetjenesten på sykehjemmet og usikkerhet knyttet til rollen som prest.

I motsetning til gudstjenester og sørgesamtaler, som er litt mer sånn det jeg er vant til, og rammene er trygge, på en måte, og jeg vet hvem jeg er og hva jeg bidrar med der, så er jeg litt mer naken på sykehjemmet. Og det er en annen tilstedeværelse der. (Eli)

Den manglende responsen og uklarheten knyttet til hvordan man skal fylle rollen som prest på sykehjemmet, oppleves, som vi har sett ovenfor, som utfordrende. Hanne reflekterer rundt opplevelsen av manglende respons på sykehjemmet. Det er krevende, men det er nødvendighet å kunne tåle manglende respons. Live snakker om ubehaget knyttet til opplevelsen av å kjenne seg naken når hun kommer på sykehjemmet, og beskriver nødvendigheten av å ha et rom inni seg der hun kan legge fra seg ubehaget.

Man er litt naken. Og det kan være litt ubehagelig, og det gjør jo på en måte noe med at man må ha et rom til det inni seg sjøl. (Live)

Noen av informantene gir uttrykk for at møtet med beboerne på sykehjemmet gjør noe med dem. De blir berørt i møte med den andres smerte. Et par av informantene forteller at de har skyldfølelse når de går fra sykehjemmet. De skulle hatt mer tid til å være sammen med beboerne.

Et par av de yngre prestene gir uttrykk for at det oppleves krevende og utfordrende å være prester på sykehjemmet. Det har sammenheng med at de har liten kontakt med og kjennskap til eldre mennesker. Også flere med lang presteerfaring gir uttrykk for at det å komme som ung prest på sykehjemmet opplevdes krevende og utfordrende. Noen av

disse peker også på manglende kontakt med eldre mennesker, men de peker også på manglende opplæring i studietiden.

Men innimellom syns jeg det kan være krevende. Og nå har jeg 20 års erfaring som prest, og jeg husker i starten. Kom der som nyutdannet prest inn på et sykehjem ... Du vet ikke bak fram hvem du skal prate med og hva som gjelder her. Man lærer jo heldigvis etter hvert, men det er klart ... Man kunne si, i hvert fall fra da jeg ble utdannet, at vi godt kunne hatt bedre bakgrunn for å kunne dra på en institusjonsandakt. (Geir)

I en av samtalene diskuteres det om unge prester bør slippe å ha andakter på sykehjem. Kristine forfekter dette standpunktet, men møter motstand fra et par av de andre som slår fast at hvordan man utfører prestatjenesten på sykehjem ikke nødvendigvis har sammenheng med alder. Akkurat som eldre prester kan kommunisere godt med konfirmanter, kan unge prester gjøre det samme med beboere i sykehjem. Marit, en av de yngre prestene, slår fast at hun *elsker gamle folk*. I forlengelsen av dette etterlyser Åge mer opplæring i hvordan man som prest skal møte eldre mennesker. Han opplever at det å møte eldre mennesker er sentralt i hverdagen til en menighetsprest. Dette gjelder ikke bare på sykehjemmet, men også i menighetsarbeidet generelt. Særlig mange etterlatte og sørgende tilhører den eldre generasjonen.

Til tross for at flere av informantene gir uttrykk for at det oppleves krevende og utfordrende å være prester på sykehjemmet, gir flere av dem også uttrykk for at det oppleves veldig meningsfylt. Ting kan oppleves krevende og meningsfylt samtidig. Informantene trekker fram både hvordan de selv blir møtt og verdsatt av andaktsdeltakerne, men også at de ser at andakten betyr noe for tilhørerne. Flere av informantene gir uttrykk for at det oppleves tungt i forkant av et besøk på sykehjemmet, men at de drar derfra oppløftet. Dette har for mange sammenheng med at tidsplanen er full. Kåre sier at han *får mer enn det han gir* i forbindelse med sjelesorgsamtaler, men at stramme tidsrammer likevel gjør at dette er en oppgave han ikke prioriterer.

Høyt eller lavt på prioriteringslisten?

Prester har mange arbeidsoppgaver. Dersom informantene skal sette opp en prioriteringsliste, hvor på denne listen kommer tilretteleggelse av trosutøvelse i sykehjem? Flere av informantene gir uttrykk for at dette er en arbeidsoppgave som ikke rangeres høyt. Et par av dem uttrykker tydelig at denne arbeidsoppgaven kommer nederst på prioriteringslisten. Det handler om tidspress, lite kjennskap til og kunnskap om målgruppen og manglende interesse for denne oppgaven.

Andre uttrykker det ikke så tydelig, men sier at dette er en arbeidsoppgave som ikke står høyt på prioriteringslisten, noe som gjenspeiler seg i hvor mye tid som brukes på forberedelser. I hvor stor grad informantene forbereder seg til andakt på sykehjemmet, varierer. Leif forteller at han forbereder seg og bruker manus når han har andakt på sykehjemmet, mens flere forteller at de ikke har manus og at de kommer temmelig uforberedt. Igjen handler det om stort tidspress, men flere understreker at det er nærværet, kjemien og relasjonene som gjelder, og at de er 100 % til stede når de er på sykehjemmet.

Jeg prioriterer det ikke så høyt, det må jeg si. Jeg forbereder meg jo selvsagt. Men det er ikke noe jeg går og har i bakhodet, sammenlignet med en gudstjeneste eller en begravelse. Men jeg har jo mine faste dager, og da selvsagt forbereder jeg. Men det er ikke på den måten. Det er ikke så viktig som en gudstjeneste. Det må jeg bare si. (Ragnhild)

Prioriteringer handler både om den enkelte prests prioritering, men også om hvordan denne oppgaven prioriteres av menigheten og i prostiet. Heidi understreker at prioritering handler om gode rammer. I hennes prosti er det andakt på sykehjemmene annen hver uke i et fast tidsrom, og det er prioritert at organisten skal gå sammen med presten på sykehjemmet. Noen av informanter er prester i menigheter der det er andakt på sykehjemmet ukentlig. Dette skjer i samarbeid med frivillige. Kari er en av disse. Hun har ikke andakten selv hver uke, men er den som organiserer andaktene på sykehjemmet. Hun har ansvar for å lage andaktsplanen, noe som er en forutsetning for at det blir andakt og at beboerne får mulighet til å utøve troen sin. Dersom det ikke lages

andaktsplan av ansatte i menigheten, er sykehjemsandakten en arbeidsoppgave som lett faller bort.

I en av samtalene diskuterer informantene hvordan Den norske kirke prioriterer arbeid blant barn og ungdom på en helt annen måte enn arbeidet blant gamle og syke mennesker. *Det viktigste er ungdommen*, sier Marit og det konkluderes med at de gamle blir underprioritert.

Vi har nå sett hvordan informantene beskriver hva de gjør når de besøker sykehjemmet og hvordan det oppleves å være prest på sykehjemmet. I fortsettelsen skal vi se nærmere på hvilken kunnskap prestene har om denne konteksten.

4.5. Kunnskap om konteksten

Ingen av informantene har noen form for formell kunnskap om demens, personer med demens eller tilretteleggelse av trosutøvelse i demensomsorgen. *Jeg kan ikke huske at vi hadde noe om dette på praktikum*, sier Steinar. Det kan heller ingen andre. Denne tematikken har ikke vært en del av pensum på praktikum, hverken for de som nærmer seg pensjonsalderen eller for de som var studenter nylig. Ingen av informantene har noen form for videreutdanning der dette temaet har vært i fokus. Hanne forteller imidlertid at i det prostiet der hun jobber, er dette et tema som har blitt satt på dagsordenen på temadager i årenes løp. Geir gir uttrykk for at prestedtjenesten på sykehjem er den delen av tjenesten kollegaene snakker minst om, og Kristine forteller at i løpet av de syv årene hun har vært prest der hun er, har denne tematikken aldri vært behandlet på prestesamlinger i prostiet.

Jeg aner ikke, har ingen kunnskap egentlig, eller retningslinjer om hvordan jeg skal holde en andakt der er det spesifikke demente som er fokus. Så det opplever jeg som et særfelt. For jeg må innrømme at det er jo ikke dem jeg snakker til, på de vanlige andaktene. Jeg forholder meg til de som forstår ganske mye, og så sitter de der. Og så håper jeg at de har det greit ... (Åge)

Det finnes imidlertid en del realkompetanse om temaet blant informantene. Dette er kunnskap informantene har tilegnet seg gjennom å ha vært pleiemedhjelper på sykehjem i studietiden, gjennom innspill fra andre prestekollegaer og diakoner, og til sist gjennom refleksjon over egen praksis. Flere forteller at de har endret praksis etter hvert som de har fått erfaring fra konteksten. For eksempel, som vi har sett ovenfor, forteller Kristine at da hun startet å ha andakter på sykehjem, tok hun utgangspunkt i søndagens tekst, mens hun i dag bruker bibelfortellinger.

Jeg har lyst til å si at jeg hadde en eldre prest som var her da jeg begynte, NN, som jeg føler at jeg har lært veldig mye av, må jeg si. (Knut)

Anne gir uttrykk for at livserfaring og det å bli eldre har gjort det enklere å være prest på sykehjemmet. Kristine bruker sin pårørendeerfaring som en ressurs i møte med beboere med demens på sykehjemmet, og Marit forteller at gamle slektninger har bidratt til at hun har tilegnet seg uformell kompetanse med tanke på hvordan man møter og kommuniserer med personer med demens.

Nå som jeg har blitt såpass oppi åra, og så har jeg hatt det tettere på familien og andre ting også, men jeg var ikke nær besteforeldrene mine. Jeg syns det har vært nesten skummelt og skremmende og rart å måtte forholde seg til eldre. Og så skjønner en jo etter hvert at «folk er folk», på en måte (...) Sånn er jo litt man lærer med erfaring. Både gjennom jobben og ellers. (Anne)

Vi har her sett at informantene ikke har noen form for formell kunnskap om demens, personer med demens eller tilretteleggelse av trosutøvelse i demensomsorgen. Flere av dem har imidlertid realkompetanse om temaet. Beboer i sykehjem er i dag mye sykere enn de var før årtusenskiftet, for eksempel har rundt 85% en demensdiagnose. Hvordan kan Den norske kirke videreutvikle sine praksiser på sykehjem på en måte som er tilpasset konteksten? Hva tenker informantene om denne tematikken, og hva trenger de for å kunne bidra til å videreutvikle kirkens praksiser på sykehjem?

4.6 Videreutvikle Den norske kirkes praksiser på sykehjem

Endre praksiser

Et av innspillene fra informantene handler om å endre praksiser. Anne beskriver at det er noe helt annet å ha andakt på sykehjem i dag sammenlignet med da hun startet i sin første prestestilling. Kanskje man heller skulle besøke beboerne på rommene, be Fadervår sammen med dem og eventuelt synge en sang? Kanskje det *er like viktig som å ha en preken*? Noen foreslår å involvere menigheten i større grad. En av informantene foreslår å «åpne opp» andakten på sykehjemmet for utenforstående. Ved å invitere vanlige menighetsmedlemmer med på andakten vil det skapes et annet fellesskap på sykehjemsandakten. Åge tenker høyt rundt det å involvere et team av frivillige pensjonister som ressurspersoner på andakten. Det hadde vært fint å ha med seg et team av pensjonister, samtidig som det er mer tidkrevende. Dermed er det lettest å gjøre det alene. I noen av menighetene er allerede frivillige involvert i andaktene på sykehjemmet. Kari beskriver at frivillige er med og deler på ansvaret for andaktene, og Kåre beskriver at frivillige stiller opp på kirkekaffen på sykehjemmet.

Som vi har sett ovenfor, understreker alle informantene hvor viktig sang og musikk er med tanke på tilretteleggelse av trosutøvelse for mennesker med demens. Einar påpeker at det er en ulempe for en prest å gå på sykehjemmet uten å ha med seg organist, og Kåre gir uttrykk for at Den norske kirke bør stille med ressurser både i forbindelse med forkynnelse og musikk.

Det er *paradoksalt*, sier Elisabeth, at mange ganger kan det være flere deltakere på andakter på sykehjemmet enn på gudstjenester. I en av samtalene blir tidsrammen for besøk på sykehjemmet et tema. Informantene opplever at de har behov for mer tid på sykehjemmet, kanskje særlig på de større sykehjemmene. Det tar tid å bli kjent.

Det er litt forskjell på størrelsen på sykehjemmet òg. Altså, et lite sykehjem, da blir du kjent med både personalet og beboerne. Med tre etasjer og 100 beboere, og forskjellige vakter, da tar det lengre tid å bli kjent. (Ole)

Som vi har sett ovenfor, varierer det i hvor stor grad «tilretteleggelse av trosutøvelse for mennesker med demens» er et tema som tas opp i prestekollegiet i prostiet. Kristine foreslår at det er et tema som skal settes på dagsordenen på prestesamlinger i prostiet.

I en av samtalene diskuteres det om prestatjeneste på sykehjem skal være en oppgave for noen få eller for alle prester. Som prester er vi forskjellige, med ulike interesser, evner og anlegg. Heidi mener at det vil være fint å ha noen som er spesialister på dette feltet, *noen som er dedikert til oppgaven*. Hun tenker at dette kan være en spesialoppgave for noen som har særlig interesse på dette feltet, og som kan tilegne seg kunnskap og være en inspirator for andre kirkelig ansatte. Hanne gir derimot uttrykk for at dette er en oppgave som ikke bare kan være for de spesielt interesserte. Hun tror ikke at mange vil være interessert i dette, og dermed vil andakt på sykehjemmet bli overlatt til noen få. Hun tviler på at det er mange menighetsprester som synes det er spennende å jobbe med gamle mennesker. Alle bør bidra. *Annenhver uke en halvtime. Det er ikke mye*. Det er en utfordring som alle har godt av.

Ønskede ressurser

Hva sier informantene at de trenger for å bidra til å videreutvikle Den norske kirkes praksiser på sykehjem, slik at disse blir mer tilpasset konteksten? Informantene etterspør to typer ressurser i denne sammenheng. Det ene er ulike ressurser som kan bidra til hjelp med tilretteleggelse av trosutøvelse overfor personer med demens og det andre er ressurser som kan bidra til økt kunnskap om konteksten.

Som vi har sett ovenfor, finnes det ingen mal eller liturgi for andakt på sykehjem. Informantene har andakt på hvert sitt vis. Mange av dem etterspør en eller annen form for mal, en liturgi eller et opplegg for andakt på sykehjem. Åge etterlyser en verktøykasse med et knippe *enkle liturgier og forskjellige rammeverk*. Han har ikke behov for en *fasttømret* liturgi, men ønsker en oversikt over mulige alternativer som han kan tilpasse til sin kontekst. Marit forteller at da hun som nyutdannet prest skulle på sitt første sykehjemsbesøk, stilte hun spørsmålet *hvordan i all verden gjør jeg dette?* Hun googlet og fant en liturgi, men synes at det hadde vært mye bedre om det lå en liturgi eller en mal for andakt på sykehjem i kirkens ressursbank. Flere av informantene etterspør forslag til

sanger som kan brukes på sykehjemmet, selv om de også er klar over at de sangene som passer i bibelbeltet, ikke nødvendigvis passer i hele landet. Åse etterspør en bok med noen enkle andakter for personer med demens, som det går an å *gripe til* i en travel hverdag.

En liturgi eller mal er et *uttrykk for profesjonalisering* sier Åge. Han mener at dette kan bidra til å lette samarbeidet med ansatte som i utgangspunktet er skeptiske til at Den norske kirke kommer på besøk på sykehjemmet. Marit påpeker at en liturgi vil bidra både til *gjenkjennelse og forutsigbarhet* for de som deltar på andakten.

Men hvis vi kommer med et opplegg som vi holder fram og sier at dette er sånn vi gjør det her, dette er innenfor rammene, dette er godkjent, sånn og sånn, så tror jeg vi kan få til et bedre samarbeid også med de ansatte. (Åge)

Hanne viser til at hun som prest på sykehjem får lite respons på det hun gjør. Dersom hun hadde et fast opplegg, noe som hun bare kunne gå inn i, ville dette også bidratt til å gi henne en opplevelse av at det hun gjør, er godt nok. Geir følger opp med et ønske om en oversikt over *tips og triks* som kan være en hjelp for prester, slik at de kan vite at de har gjort en god jobb på sykehjemmet.

Ja. Hva er gode salmer? Hva er anvendelige bibeltekster? Bønner? Altså helt sånn planke. Så om man ikke har de forutsetningene da, så er det noe helt ferdig spikra du kan bare gå inn i. Og denne tryggheten på at dette er godt nok. Ikke sant? I alle sammenhenger vi er, så er vi vant med respons. Så du må på en måte tåle å ikke få den responsen. (Hanne)

Når det gjelder ressurser som kan bidra til økt kompetanse på området, forslås det ulike former for kurs og opplæring, alt fra enkle e-læringskurs til etterutdanningskurs i samarbeid med en av de teologiske institusjonene. Kristine etterlyser en veileder som sier noe om hva Den norske kirke tenker i forhold til mennesker med demens, og hva som er utfordringen i denne sammenhengen.

Men hefter, undervisningsopplegg som går på tips og råd til hvordan fungere et sykehjem. Hvor er det lurt, hva er det lurt å satse på, hvor er det lurt å gå? Hvem skal man snakke med? Samtale med demente. Altså sånne tips på et eller annet nivå ... Om det bare er et hefte, eller om det er en nettside, eller om det er et kurs eller utdanningsmulighet i samarbeid med en utdanningsinstitusjon, så tenker jeg det ville kanskje mange vært interessert. (Geir)

Vi har her sett at informantene foreslår at Den norske kirke skal endre både på innhold i og rammer rundt tilretteleggelse av trosutøvelse i sykehjem når kirken skal videreutvikle sine praksiser i sykehjem. For selv å kunne bidra til denne utviklingsprosessen etterspør informantene ressurser som kan gi konkret hjelp til tilretteleggelse av trosutøvelse, samt ressurser som kan bidra til økt kompetanse om konteksten.

5.0 Diskusjon

Vi har i resultatdelen sett at menighetsprestene besøker sykehjemmene i menighetene hovedsakelig for å tilrettelegge for trosutøvelse i fellesskap, i form av andakter og gudstjenester. Tilretteleggelse av individuell trosutøvelse i form av samtaler, sjelesorg og soknebud forekommer, men ikke ofte. Det finnes ingen mal eller liturgi for andakter og gudstjenester på sykehjem, og informantene har «andakt på hvert sitt vis».

Å komme som prest på sykehjemmet beskrives som å tre inn i en fremmed verden. Noen forteller om godt oppmøte på andakter og gudstjenester, og om andaktsdeltakere som gir uttrykk for stor takknemlighet. Dette bidrar til at tjenesten på sykehjem oppleves som meningsfull. Andre vektlegger at det oppleves krevende og utfordrende å være prest på sykehjemmet. Samarbeidet med de ansatte oppleves også ulikt. Noen beskriver et godt samarbeid, mens andre sitter med en opplevelse av «å være en stein i skoen».

Informantene er samstemte om at tilretteleggelse av trosutøvelse i demensomsorgen ikke var et tema som ble behandlet i løpet av teologistudiet. Flere informanter har imidlertid realkompetanse om konteksten. Denne har de tilegnet seg gjennom å ha vært

pleiemedhjelper på sykehjem i studietiden, innspill fra kollegaer, pårørendeerfaring og refleksjon over egen praksis.

Med sikte på å videreutvikle Den norske kirkes praksiser på sykehjem i samsvar med samfunnsutviklingen foreslår informantene at det gjøres endringer både når det gjelder innholdet i og rammene rundt dagens praksiser. For egen del etterlyser de ressurser som kan bidra til støtte i arbeidet med å tilrettelegge trosutøvelse for mennesker med demens, samt ressurser som kan bidra til økt kunnskap om konteksten.

I fortsettelsen vil jeg drøfte de viktigste funnene i studien i lys av relevant litteraturen. I denne sammenheng har jeg tre hovedpunkter: 1) tilretteleggelse av trosutøvelse i fellesskap, 2) tilretteleggelse av individuell trosutøvelse og 3) informantenes opplevelse av prestetjenesten på sykehjem.

5.1 Tilretteleggelse av trosutøvelse i fellesskap

Andaktens betydning for andaktsdeltakerne

Menighetsprestene i denne undersøkelsen besøker sykehjemmet først og fremst for å ha andakter. I de fleste tilfellene består andakten av liturgiske elementer hentet fra gudstjenesteliturgien, gamle sanger og salmer som andaktsdeltakerne lærte i sin barndom og ungdom, i tillegg til refleksjon over en tekst, som oftest en bibelsk tekst. Andakten er noe velkjent for dem som deltar på sykehjemsandakten. Her ber de bønner som de har bedt gjennom langt liv, de synger sanger de har et nært forhold til og de får høre Ordet lest høyt for dem. Dette er en påminnelse om noe som har vært viktig i livet deres tidligere, noe som andaktsdeltakerne kan identifisere seg med og som er et uttrykk for normalitet (Kennedy et al. 2014; Friedrich et al. 2021). Andakten bidrar på denne måten til å skape sammenheng og kontinuitet i andaktsdeltakernes liv, og er slik et uttrykk for personsentrert omsorg (Brooker 2013; Kitwood 2019). På andakten møter sykehjemsbeboere ikke bare presten, men også andre beboere, brukere av dagsenter, pårørende og ansatte. På den måten blir andakten et sosialt samlingsted og bidrar til sosialt fellesskap (Kennedy et al. 2014). Andakten er dessuten en påminnelse for andaktsdeltakerne om Guds kjærlighet og nærvær i deres liv (Hawkes & Taylor 2024).

Opplegg for andakten er tilpasset den lokale kontekst

Det varierer hvor ofte informantene i studien besøker sykehjem i menigheten. Dette har sammenheng med hvor mange sykehjem menigheten har ansvar for å betjene, og hvor mange ansatte som deler på dette ansvaret. Selv om informantene bruker elementer fra gudstjenesteliturgien, varierer det hvilke elementer prestene bruker. Norge er et langstrakt land, og kirkelandskapet varierer også fra landsdel til landsdel. At opplegg for andakt varierer fra menighet til menighet, kan forstås som at andakten er tilpasset den lokale kirkelige konteksten og er slik et uttrykk for kontekstuell teologi (Hudson 2016; Bergman & Vähäkangas 2021). I noen menigheter har prester og diakoner som deler ansvaret for sykehjemsandakten, blitt enige om en fast struktur, mens kollegaene andre steder ikke har snakket seg imellom og har derfor hvert sitt opplegg. Det rituelle, i form av gjentakende og gjenkjennbare elementer og en fast struktur, kan være en fordel når menigheten i hovedsak består av mennesker som har en demenssykdom eller kognitiv svikt (Kennedy et al. 2014; Danbolt & Stifoss-Hanssen 2014). Det gjenkjennbare er imidlertid helt fundamentalt med tanke på hvilke sanger og liturgiske elementer man tar i bruk på andakten (Kennedy et al. 2014; Friedrich et al 2021; Hawkes & Taylor 2014).

Velkjente sanger og gjenkjennbare og ritualer

Salmer og sanger som andaktsdeltakerne har lært utenat i barne- og ungdomsårene, bønner som er bedt gjennom et langt liv og velkjente ritualer og bibelvers er en del av den implisitte hukommelsen (Vance 2005; Johnson & Johnson 2007; Kevern 2015). Det er denne hukommelsen som er intakt lengst hos personer med demens (Vance 2005; Sabat 2018). Sang og musikk er en viktig del av andaktene på sykehjem. Når prestene i undersøkelsen velger sanger, vektlegger de salmer og sanger som vekker gjenkjennelse hos andaktsdeltakerne. Sang og musikk vekker følelser og skaper sammenheng i livet gjennom å knytte sammen hendelser i fortid og nåtid (Johnson & Johnson 2007; Saarelainen 2024).

Velkjente bønner, slik som Fadervår, har den samme funksjonen som sang og musikk, ved at de vekker følelser og knytter sammen hendelser i fortid og nåtid (Kennedy et al.

2014). Vi ser at betydningen av et gjenkjennbart liturgisk språk vektlegges ulikt av informantene i studien. Dette eksemplifiseres ved at alle tre versjonene av Fadervår brukes. De fleste bruker en av versjonene som starter med «Fadervår», men noen bruker også den nyeste versjonen som starter med «Vår Far». Pirhonen et al. (2023b) beskriver at ulike generasjoner har ulikt religiøst språk, og at det er viktig å bruke det religiøse språket som personen ble introdusert til i barne- og ungdomsårene. Det vises her til det engelske uttrykket «generational intelligence». Dette forstås som evnen til å ta en annen generasjons perspektiv, noe som i vår sammenheng forutsetter kjennskap til andaktsdeltakernes oppvekstsvilkår og kultur, deriblant trosuttrykk (Pirhonen et al 2023a: 100). Kevern (2015; 2022) viser til at innholdet i troen til personer med demens ikke nødvendigvis er selvvalgt, men handler om praksiser som ble introdusert tidlig i livet av andre mennesker og som er gjentatt mange ganger og slik blitt en del av proseduralhukommelsen. Dette innebærer at det enda vil gå lang tid før vi kan ta i bruk den nyeste versjonen av Fadervår på sykehjemmet. En demensvennlig kirke endrer seg langsomt (Kevern 2015). Dersom vi ønsker å tilrettelegge trosutøvelse for beboere i sykehjem som ikke har vært kirkelig aktive etter konfirmasjonen, innebærer det å bruke en av de eldste versjonene av Fadervår i enda mange år. Når det brukes velkjente sanger og et gjenkjennbart liturgisk språk, har også denne gruppen mennesker mulighet til å delta på andakten på lik linje med de som har vært kirkelig aktive hele livet (Kennedy et al. 2014).

Nattverd og nattverdfeiring

Et av de viktigste ritualene for personer med demens er nattverd (Kennedy et al. 2014). Informantene opplever imidlertid at det kan være utfordrende å forrette nattverd på sykehjemmet. De gir uttrykk for at de kjenner på usikkerhet med tanke på hvem som skal delta. Prestene opplever ikke at de kan stole på signalene som gudstjenestedeltakerne gir. Det handler både om at trofaste kirkegjengere har glemt at de pleier å gå til nattverd og at mennesker som tidligere ikke har pleid å motta nattverd deltar. Sannsynligvis er det noen beboere som deltar når det er nattverd på sykehjemmet som ikke tidligere har gått til nattverd (Jørstad 2011). Noen av informantene i studien gir uttrykk for at dette oppleves problematisk, mens andre tenker at dette er fint. Nattverd er ikke noe vi skal forstå. Det er et mysterium, en gave som blir gitt oss av Gud uavhengig av kognitive evner

(Saarelainen et al. 2024). Det vil imidlertid være viktig å kartlegge andakts- og gudstjenestedeltakernes trobakgrunn, slik at deres nattverddeltagelse hovedsakelig blir i overensstemmelse med slik den har vært tidligere, og et uttrykk for personsentrert åndelig omsorg (Brooker 2013). Her vil ansatte på sykehjemmet kunne være til stor hjelp. Men akkurat som de fleste av oss som ikke har en demenssykdom er i stadig endring, må vi også kunne ta høyde for at beboere i sykehjem endrer seg. Informantene forteller om beboere som gir uttrykk for at det oppleves fint å motta nattverd etter å ha deltatt for første gang.

Det er ikke bare spørsmål om hvem som skal ha nattverd som oppleves utfordrende for informantene, men også gjennomføringen av selve nattverdsmåltidet. Ikke alle andaktsdeltakerne vet hva de skal gjøre med nattverdelementene. Hva gjør man da som prest? Noen velger å bruke intinksjon og hjelper nattverdsdeltakerne med å putte oblaten i munnen. Noen har med seg ansatte som nattverdmedhjelpere. Ansatte kjenner beboerne på sykehjemmet bedre enn det kirkelig ansatte gjør. De vil kunne ha en formening om hvem av andaktsdeltakerne som skal delta eller ikke, og de vil kunne hjelpe beboerne med å håndtere nattverdelementene. Når demenssykdommen utvikler seg, hender det imidlertid at noen gudstjenestedeltakere ikke lenger kan delta på gudstjenestens nattverdfeiring. I stedet for nattverd kan presten lyse velsignelsen over de gudstjenestedeltakerne som dette gjelder (Hawkes & Taylor 2024).

Forkynnelsens form og innhold

Informantene i studien beskriver andaktsdeltakerne som en uensartet gruppe, både med tanke på kognitiv kapasitet og kirketilhørighet. Dette oppleves utfordrende, særlig med tanke på forkynnelsen, for hvem skal de henvende seg til? I mange sammenhenger vil menighetsprester oppleve at de skal formidle noe overfor en uensartet gruppe mennesker. Dette er noe de har mye erfaring med, så i utgangspunktet er ikke dette en ukjent utfordring for dem. Hva er det da som gjør at denne situasjonen oppleves særlig utfordrende? Det kan ha sammenheng med at på sykehjemmet befinner informantene seg i en kontekst der ordene ikke strekker til. På sykehjemmet kan de ikke bruke ord på samme måte de som gjør overfor andre grupper av mennesker, enten det er en ensartet eller en uensartet gruppe mennesker (Johnson & Johnson 2008; Gordon 2019).

Et tema som kommer opp i flere av samtalene, er i hvor stor grad forkynnelsen skal være demensvennlig eller ikke. Dette kan synes som en underlig diskusjon når vi vet at opptil 85% av beboere i sykehjem har en demensdiagnose (Helse- og omsorgsdepartementet 2020). Både kommunikasjonsform og innhold vil variere alt etter hvem tilhørerne på andakter og gudstjenester er (Jakobsen & Øierud 2009). Vi har ikke samme andakt for barn og ungdom som vi har for voksne. Vi kan heller ikke ha samme andakt for voksne i etableringsfasen, for middelaldrende og for mennesker i den tredje alder som vi har for gamle mennesker som lever med en demenssykdom. De fleste gudstjenester er for kognitivt krevende for personer som lever med demens (Gordon 2019). Dette innebærer at deres religiøse behov nødvendigvis ikke blir ivaretatt på vanlige gudstjenester i menigheten og gudstjenester sendt på radio eller TV (Ruthven 2014). Det vil derfor være viktig at på sykehjemmet blir deres religiøse behov satt i sentrum. I denne studien kommer det fram at informantene har begrenset kunnskap om konteksten. Dette gjelder både kunnskap om demens og kunnskap om tilretteleggelse av trosutøvelse i demensomsorgen. Det kan hende at informantene ikke er seg bevisst hvor stor andel av beboere i sykehjem som har en demenssykdom eller kognitiv svikt, noe som kan forklare at det stilles spørsmål ved hvorvidt forkynnelsen skal være demensvennlig eller ikke.

Det er også variasjon med tanke på hva informantene i studiene vektlegger relatert til forkynnelsens form. Noen forteller at de har endret praksis etter hvert som de har fått erfaring med prestedtjeneste på sykehjem. Forkynnelsen gjøres enklere, og de bruker bibelfortellinger framfor søndagens pretekst (Pirhonen et al. 2023a). Noen er opptatt av å skape en god stemning og bruker humor, for å oppnå dette (Ruthven 2014), mens andre er opptatt av at andaktsdeltakerne skal sitte igjen med en god følelse etter at de har vært på andakt (Vance 2005). Andre igjen er opptatt av nonverbal kommunikasjon og at måten ting sies på er like viktig som hva som sies (Ryan et al. 2005; Johnson & Johnson 2007). Til sist er det noen som forstår forkynnelsen i denne konteksten som verbal kommunikasjon. Det oppleves utfordrende å forkynne. Formidlingen beskrives som en kamp der ordene skal trenge gjennom noe. Hva ordene skal trenge gjennom, sies det ingenting om. Forkynnelsen overfor personer med demens oppleves til dels som

meningsløst fordi det som sies forsvinner hos tilhørerne med en gang (Ryan et al. 2025; Hudson 2016).

Gjør det noe om andaktsdeltakerne ikke husker andakten eller har et eksplisitt minne om hva som skjedde, eller husker hvem Gud er (Ruthven 2014)? På andakten møter de Han som husker hvem de, er og som møter dem med nåde og barmhjertighet (Ruthven 2014; Hawkes & Taylor 2024) Hva innebærer det å huske? Når andakten er tilpasset andaktsdeltakernes kognitive kapasitet ved bruk av gjenkjennbare rituelle elementer, vekkes deres trospraksis til live, og de får mulighet til å delta i liturgi og salmesang (Hawkes & Taylor 2024). Kroppen husker (Pirhonen et al. 2023a). I noen studier beskrives det hvordan andaktsdeltakere blir følelsesmessig berørt under andakter (Toivonen et al. 2017). De får tårer i øynene, eller det renner en tåre nedover kinnet. Noen ganger kan man erfare at andaktsdeltakere har en helt annen ro etter at de har deltatt på en andakt (Kessel; Toivonen et al. 2017; Pirhonen et al. 2023a).

Trygghet gjennom det gjenkjennbare i forkynnelsen

Viktigheten av gjenkjennelse gjelder ikke bare for ritualene. Også med tanke på forkynnelsens innhold er det essensielt med gjenkjennelse. Jørgensen (2013) bemerker at for personer med demens er innlæringens tid forbi. «Nå er det trygghet gjennom gjenkjennelse som er viktig» (Jørgensen 2013: 14). Det kan være nok å gjenfortelle eller å dramatisere en kjent bibelfortelling, ta fram et kjent dikt eller andre kjente fortellinger (Kennedy et al 2024; Ruthven 2014; Dumey 2019). Det varierer i hvor stor grad prestene i undersøkelsen forbereder seg når de skal ha andakt på sykehjemmet. Det handler både om opplevelse av tidspress og om at målgruppen oppleves mangfoldig. Å forberede forkynnelsen handler om å ta tilhørerne på alvor (Kielland 2014). Dette gjelder også mennesker som har kognitive utfordringer eller demens (Jørstad 2011). Dersom man ikke har forberedt seg, kan det lett bli for mange ord. En konsekvens av å vektlegge det gjenkjennbare på sykehjemmet, er at man kan bruke samme andakt eller preken flere ganger. Man trenger ikke å forny seg på samme måte som når en preker på søndagens gudstjeneste, noe som gjør forberedelsene enklere og mindre tidkrevende. Det gjør det dessuten lettere å ha andakt uten manus (Kielland 2014) og å sette søkelys på selve formidlingssituasjonen. Når tilhørerne til prestens forkynnelsen er personer med demens,

er det like viktig hvordan ting sies, som innholdet i det som sies (Ryan et al. 2005; Johnson & Johnson 2007).

5.2 Tilretteleggelse av individuell trosutøvelse

Behov for individuelle samtaler

Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, kan det bli for kognitivt krevende for noen å delta på andakter og gudstjenester (Vance 2005; Kessel 2016). Når demenssykdommen er kommet så langt at den verbale kommunikasjonen går i stå, viser det seg ofte at individuelle samtaler også opphører (Ruthven 2014), selv om behovet for tilretteleggelse av individuell trosutøvelse øker i denne situasjonen (Jørstad 2011; Reed et al. 2016). Et par av informantene i undersøkelsen forteller at de har besøkt beboere på sykehjem på eget initiativ noen få ganger, men i hovedsak blir disse besøkene initiert av ansatte på sykehjemmet.

Informantene forteller at de blir tilkalt til beboere på sykehjemmet. Av og til tar det litt tid før de har mulighet til å besøke vedkommende, og da har beboeren glemt både at han eller hun ønsket å snakke med en prest og hva vedkommende ønsket å snakke med presten om (Toivonen et al. 2017). Informantene beskriver dette som en utfordrende situasjon. De vet ikke hva de skal gjøre når de blir tilkalt til en person de ikke kjenner, og som ikke har verbalt språk til å gi uttrykk for hva vedkommende ønsker. Tilretteleggelse av trosutøvelse i demensomsorgen, deriblant samtaler og sjelesorg, handler i stor grad om øyeblikket, om å møte den andre der vedkommende er (Dalaker et al. 2023). Når beboerne ikke har et verbalt språk der de kan beskrive hva de har behov for, blir presten utfordret til å se etter nonverbale tegn, som kan være en hjelp til å forstå hva beboeren ønsker og har behov for (Pirhonen et al. 2023b).

Relasjonenes betydning

Det relasjonelle er viktig både generelt med tanke på tilretteleggelse av trosutøvelse i demensomsorgen, og særlig med tanke på tilretteleggelse av individuell trosutøvelse (Kennedy et al 2014; Saarelainen et al. 2024; van der Geugten et al. 2025). Informantene i studien vektlegger det relasjonelle. De understreker viktigheten av å se den enkelte andaktsdeltaker. De hilser på alle som møter fram på andakten, og prater med flest

mulig på kirkekaffen. Men rammene rundt prestedtjeneste på sykehjem er ofte slik at presten ikke har mulighet til å bygge en personlig relasjon med andaktsdeltakerne, og bli kjent med deres livs- og troshistorie (Reed et al. 2016; Pirhonen et al. 2023; Saarelainen et al. 2024). Det tar tid å utvikle relasjoner, og det er derfor en fordel at én og samme prest har ansvar for tilrettelegging av trosutøvelse ved hver institusjon (Pirhonen et al. 2023b). Når presten har personlig kjennskap til beboernes livs- og troshistorie, kan hun eller han bruke denne kjennskapen i møte med beboere som ikke har et verbalt språk (van der Geugten et al. 2025). Sjelesorg overfor personer med demens blir ofte fysisk, i form av at sjelesørger stryker konfidenten over armen, holder vedkommende i hånden eller holder rundt den som trenger trøst (Pirhonen et al. 2023a; Saarelainen et al. 2024). Dersom presten har en personlig relasjon til beboeren, vil det være enklere å bruke kroppen når man utøver sjelesorg overfor vedkommende (Kiesskalt et al. 2018; Dalaker et al. 2023). Som sjelesørgere er vi opplært til å være varsomme med fysisk kontakt (Okkenhaug 2002). Dette bør også gjelde med tanke på sjelesorg overfor personer med demens som man ikke har en relasjon til.

Forekomst av individuelle samtaler

Informantene i studien har ikke mange samtaler med beboere på sykehjem i løpet av et år. Dette forklares blant annet med stramme tidsrammer. Prestedtjenesten har endret seg de siste årene og er blitt mer lik andre yrkesgrupper og profesjoner, blant annet har prester fått regulert arbeidstid (Kaufman 2016). Dette innebærer at prester i dag må prioritere arbeidsoppgavene sine tydeligere sammenlignet med tidligere. Noen av informantene uttaler tydelig at prestedtjeneste på sykehjem er en arbeidsoppgave som kommer nederst på prioriteringslisten. Dette kan ha mange årsaker, men generelt innebærer arbeid med mennesker som har demens lav sosial status (Pirhonen et al. 2023b). Det finnes dessuten antydninger til alderisme hos et fåtall av informantene, dvs. negative stereotype forestillinger om eldre (MacKinlay 2017; Bakken 2022). Å tilrettelegge trosutøvelse i demensomsorgen er dessuten emosjonelt krevende, og det kreves stor grad av utholdenhet (Saarelainen et al. 2024). Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, blir det ordløse nærværet mer og mer sentralt (Dalaker et al. 2023). Å være sammen med et lidende menneske uten ord vil for de fleste

oppleves krevende (Reed et al. 2016). Som prest kan man i denne sammenhengen kjenne på en opplevelse av hjelpeløshet som hjelper (Dalaker et al. 2023).

Tidligere var det vanlig at sykehusprester gikk rundt og besøkte pasienter på rommene deres. Som en følge av at Norge er blitt et flerkulturelt samfunn, har dette endret seg. Prester på sykehus besøker i dag pasienter etter at de er blitt tilkalt av helsepersonell (Stifoss-Hanssen et al. 2019). I denne undersøkelsen gjør prestene det hovedsakelig på samme måte. Ansatte på sykehjem skal i utgangspunktet kartlegge tros- og livssynstilhørighet hos beboere i sykehjem (Samarbeidsrådet for tros- og livssynsamfunn et al. 2013), men det viser seg at dette ikke alltid skjer (Pirhonen et al. 2023a). Beboere på sykehjem tilhører en generasjon som blant annet ikke ønsker å bry kirkelige ansatte i en travel hverdag med sine åndelige behov (Toivonen et al. 2022). Både personalets manglende kartlegging av beboeres tros- og livssynstilhørighet og beboernes egen tilbakeholdenhet med å være til bry, innebærer at deres religiøse behov ofte ikke blir registrert (Pirhonen et al. 2023a). Det kan hende at prester og andre kirkelige representanter i større grad bør oppsøke beboere på sykehjem på eget initiativ, slik at beboernes rettigheter med tanke på hjelp til tilretteleggelse av trosutøvelse skal bli ivaretatt (Pirhonen et al. 2023a). Dette må selvfølgelig skje i overensstemmelse med de pårørende eller ansatte i sykehjem.

5.3. Informantenes opplevelse av prestedtjenesten på sykehjem

Hvordan prestene i undersøkelsen opplever å besøke sykehjem i menigheten varierer. Noen forteller om godt oppmøte på andaktene og at andaktsdeltakere som gir uttrykk for stor takknemlighet for det prestene bidrar med. Andre beskriver prestedtjenesten på sykehjem som krevende og utfordrende. Ifølge en av informantene kan det være en sjokkartet opplevelse å kommen utenfra og inn på et sykehjem. Å besøke sykehjemmet beskrives av prestene i studien som å tre inn i en fremmed verden. Det er ikke alltid like lett å vite hvordan de skal forholde seg hverken til de ansatte eller til deltakere på andakten.

Beskrivelse av beboernes situasjon

Hva ser prestene når de kommer på sykehjemmet? Informantene beskriver det å være beboer på sykehjem gjennomgående som noe negativt. Det handler om avhengighet, begrensninger og manglende frihet. Beboerne er skrøpelige, gamle mennesker, mennesker i den fjerde alder som har behov for hjelp og som har mange plager.

Informantene i studien omtaler personer med demens som «de demente». I demensomsorgen har man de senere årene gått bort fra denne betegnelsen (Brooker 2013). Personer med demens er først og fremst mennesker og ikke sykdommen deres (Dalaker 2012; Swinton 2017). De har alle sin unike livshistorie, ulike evner og anlegg, gleder og sorger (Kitwood 2019). Informantene i studien ser beboerne med andre øyne enn hva en erfaren skotsk institusjonsprest gjør. Han sier at siden han ikke kjente beboerne før de kom på sykehjemmet, har han frihet til å sette søkelys på det de fremdeles kan, til tross for sykdom og alderdom, og ikke bare begrensninger og det de ikke lenger klarer å gjøre (Ruthven 2014). Han fortsetter: “What I have discovered are gifted, courageous, fun people, working very hard to live as full a life as possible given the challenges dementia and society place before them” (Ruthven 2014: 75).

Samarbeid om tilretteleggelse av trosutøvelse

Et godt samarbeid med sykehjemmets ansatte er viktig for at beboerne skal få ivaretatt sin lovfestede rett til trosutøvelse (Helse- og omsorgsdepartementet 2009; Samarbeidsrådet for tros- og livssynsamfunn et al. 2013). Informantene i denne undersøkelsen understreker at hvem og hvor mange som deltar på andakter/gudstjenester er avhengig av hvilke ansatte på sykehjemmet som er på jobb den dagen. Hvordan samarbeidet med de ansatte oppleves, varierer. Noen informanter forteller om et godt samarbeid, mens andre opplever å «være en stein i skoen». Ut fra det informantene forteller, kan en få inntrykk av at noen ansatte ikke fullt ut forstår beboernes religiøse behov (Pirhonen et al. 2023a), for eksempel fortelles det om kaffeservering under en gudstjeneste på skjærtorsdag.

I hvor stor grad ansatte på sykehjem deltar på andakter og gudstjenester varierer. Noen steder deltar ansatte jevnlig på andaktene, mens andre steder er de helt fraværende.

Det kan være en utfordring for presten dersom en av andaktsdeltakerne får et illebefinnende, blir veldig urolig eller må på do (Ryan et al 2005). Kirkelig ansatte har ikke kompetanse til å håndtere et illebefinnende, og de har heller ikke mulighet til å ta seg av enkeltpersoner mens de leder en andakt. Det vil derfor være viktig at ansatte på sykehjemmet deltar på andakter for å trygge og ivareta andaktsdeltakerne.

Informantenes kjennskap til rundskrivet fra 2009 og veilederen fra 2013 varierer (Helse- og omsorgsdepartementet 2009; Samarbeidsrådet for tros- og livssynsamfunn et al. 2013). Disse dokumentene fungerer som nyttige redskaper når kirkelige ansatte skal forsøke å etablere samarbeid med sykehjemmet om tilrettelegging av trosutøvelse for medlemmer av Den norske kirke. Dette samarbeidet handler til syvende og sist om å ivareta rettighetene til beboere på sykehjem, en av de mest sårbare gruppene i vårt samfunn. For å få til dette samarbeidet vil det være viktig med jevnlig møtepunkter der man diskuterer og evaluerer hvordan andakter/gudstjenester og tilrettelegging av individuelle samtaler fungerer (Andreassen & Nordheim 2022). Ingen av informantene i studien har for tiden faste møtepunkter med ansatte på sykehjemmet.

Å være forberedt på det uforutsette

Å ha andakt på sykehjem innebærer å være forberedt på at det uforutsette kan skje. Informantene forteller om andaktsdeltakere som kommer med høylytte kommentarer eller som sovner under andakten. Det kan også forekomme at deltakerne på andakten reiser seg og vandrer rundt i rommet (Ryan et al. 2005). Noen av informantene forstår dette som er en del av konteksten, mens andre beskriver at dette bidrar til å rokke ved selvtilliten deres i forkynnersituasjonen. Det uforutsigbare er en del av konteksten (Ryan et al. 2005; Kennedy et al 2014), og å håndtere dette er en del av prestatjenesten på sykehjem. Det er ikke bare informantene i denne studien som opplever dette som krevende. I en lignende studie fra Storbritannia vises det til at usikkerhet relatert til hvordan man skal håndtere det uforutsigbare påvirker hvor villige prestene er til å forrette gudstjenester i demensomsorgen (Kennedy et al. 2014). Informantenes opplevelse av tilkortkommenhet i møte med det uforutsigbare i demensomsorgen kan ha sammenheng med at de i løpet av teologistudiet hverken har fått opplæring i hvordan de skal møte personer med demens, eller i hvordan de skal tilrettelegge trosutøvelse for

personer med demens (Kevern & Walker 2013; Kennedy 2014; Friedrich et al. 2021). Dette viser seg å være et gjennomgående tema i flere studier som ser på hvordan menighetsprester opplever å tilrettelegge trosutøvelse overfor personer med demens: “Among themes emerging from these studies, across different denominations and countries, perhaps the most striking is that, in relation to supporting people with dementia and carers, clergy often report feeling under-prepared, experience worries about their own competence or feel insecure, or even fearful to the perceived unpredictability of people with dementia” (Friedrich et al. 2021: 699).

Behov for økt kunnskap om konteksten

Å komme som ung nyutdannet prest for å ha andakt på sykehjem, beskrives av informantene som krevende. I studietiden, har som tidligere nevnt, informantene ikke lært noe om tilretteleggelse av trosutøvelse i demensomsorgen (Kiesskalt et al. 2018). Det finnes dessuten lite litteratur om temaet, noe som gjør at det ikke er enkelt å sette seg inn i temaet på egenhånd (Dalaker et al. 2023). Flere av informantene forteller at de hadde liten eller ingen kontakt med gamle mennesker i oppvekst og studietid. Dessuten, som vi allerede har sett, finnes det heller ikke noen liturgi for andakt på sykehjem. Hva gjør man da når man kommer som nyutdannet prest for å ha andakt på sykehjem? Flere av informantene etterlyser et verktøyskrin med forslag til bønner og liturgier, sangtekster og bibeltekster som passer til bruk på sykehjem. Dette ville vært til stor hjelp både for nyutdannede og erfarne prester. I en av samtalene diskuteres det hvorvidt unge prester skal ha andakt på sykehjem. Det konkluderes med at, på samme måte som erfarne prester kan være gode konfirmantprester, kan unge prester fungere godt på sykehjemmet. Hvordan man fungerer som prest på sykehjemmet har ikke sammenheng med alder, men med kompetanse. Informantene etterlyser mer kunnskap om demens og tilretteleggelse av trosutøvelse i demensomsorgen. Dette vil være til stor hjelp når Den norske kirke skal videreutvikle sine praksiser i sykehjem i overensstemmelse med samfunnsutviklingen.

Å prøve og feile og å utvikle egen praksis

Selv om informantene ikke har formell kunnskap om prestedtjeneste på sykehjem, har

flere av dem realkompetanse. På bakgrunn av andaktsdeltakernes tilbakemeldinger har de prøvet og feilet og utviklet sin egen praksis tilpasset konteksten (Friedrich et al. 2021). Sammen med refleksjon over egen praksis (Kiesskalt et al. 2018; Dalaker et al. 2023) er dette en vanlig måte å tilegne seg kunnskap på dette fagfeltet. Men er denne praksisen god nok, spør noen. Er det ikke litt for enkelt? Det samme spørsmålet ligger implisitt i en artikkel som trekker fram styrken med fortellerprekener (Kielland 2014). Som prester er vi opplært til å fortolke en tekst og formidle tekstens budskap til tilhørerne (Kaufman et al. 2016). Vi prøver å være kreative og nytenkende med tanke på forkynnelsens innhold og ofte vektlegges det abstrakte og intellektuelle på bekostning av det konkrete og emosjonelle (Kielland 2014; Gordon 2019). I forkynnelse overfor personer med demens handler det ikke om nytenkning eller kreativitet, men om gjenkjennelse og gjentakelse (Jørgensen 2013), noe som innebærer at prestene må tenke annerledes om forkynnelse på sykehjem sammenlignet med forkynnelse på menighetens gudstjeneste.

Sang og musikk uten organist

Informantene i studien vektlegger betydningen av sang og musikk som del av sykehjemsandakten og understreker viktigheten av at organisten deltar på andakter og gudstjenester på sykehjemmet. I en av samtalene fremheves organistens rolle på andakten så sterkt at det antydes at organisten kan erstatte presten. Det viser seg at de som antyder dette, samtidig gir uttrykk for at deres musikalske evner ikke strekker til i møte med beboerne. Sett fra et praktisk ståsted kan det virke forståelig at de ønsker at organisten skal ha en mer fremtredende rolle. På samme måte som hos prestene i undersøkelsen, varierer de musikalske evnene hos beboere på sykehjem. Hvor viktig sang og musikk er for personer med demens, har sammenheng med hvor viktig sang og musikk har vært for dem tidligere i livet (Brooker 2013). En demenssykdom er ikke en kilde til musikalitet. For noen deltakere på andakten kan symboler og ritualer være like viktig som sang og musikk (Kennedy et al. 2014). I den sammenheng er presten både en som formidler symboler og selv et symbol (Stifoss-Hanssen 2005; Lathrop 2006). Guds kjærlighet og omsorg blir manifestert gjennom prestens virksomhet (Pirhonen et al. 2023b). Bruk av rundsnipp bidrar til at presten som symbol blir gjenkjennelig for andaktsdeltakerne (Johnson & Johnson 2007). Det varierer i hvor stor grad informantene i undersøkelsen bruker rundsnipp når de besøker sykehjemmet. Noen av prestene

argumenterer med at andaktsdeltakerne vet hvem de er og at dermed blir det unødvendig å bruke rundsnipp. Men er det så sikkert at andaktsdeltakerne gjenkjenner presten uten rundsnipp? Mennesker med høy utdanning og gode sosiale ferdigheter er ofte flinke til å skjule en begynnende demenssykdom (Johnson & Johnson 2007), og for de som er kommet lengre i demensforløpet kan det nettopp være rundsnippet som gjør at andaktsdeltakerne gjenkjenner presten (Johnson & Johnson 2007).

Hvordan prestene i undersøkelsen opplever å besøke sykehjemmet uten organist varierer i takt med deres opplevelse av egen musikalitet. For de som ikke opplever at de behersker det musikalske, innebærer andakter på sykehjem at de til stadighet eksponerer sin «svakhet» i offentligheten. Hvordan dette oppleves og håndteres vil selvfølgelig variere fra person til person. Noen vil sikkert se på dette som en utfordring eller en situasjon som innebærer utviklingsmuligheter, men vi må også kunne anta, at for noen, vil dette oppleves krevende, og for noen vil det sikkert også trigge stress (Kaufman et al. 2016). Det er heller ikke utenkelig at dette vil påvirke opplevelsen av prestetjenesten på sykehjem i negativ retningen og prestenes engasjement i møte med deltakerne på andakten. Dette er noe arbeidsgiver bør være oppmerksom på og tilrettelegge i den grad det er mulig, for eksempel ved bruk av digitale hjelpemidler⁵.

Å være prest for mennesker i livets slutfase.

De fleste av oss frykter alvorlig sykdom, og når en kommer opp i en viss alder, oppleves en demenssykdom som en større trussel enn kreft (MacKinlay 2017). Prester er som alle andre, «et ganske alminnelig menneske» (Stifoss-Hanssen 2005:7). Et tema som ikke blir berørt i gruppesamtalene, er hvorvidt prestetjeneste på sykehjem bidrar til å aktivere informantene eventuelle frykt for å få demens (Ruthven 2014; Friedrich et al. 2021) og/eller frykt for døden (Saarelainen et al 2024), og hvordan det eventuelt farger opplevelsen av å være prest på sykehjem. Når en jobber tett på mennesker i livets slutfase, som en gjør på et sykehjem, kan det være både hensiktsmessig og nødvendig å jobbe med sitt eget forhold til døden. Tidligere ansatte i prestetjenesten på St. Olav har

⁵ Se avsnitt 7.5 og 8.1.

utviklet et gruppeopplegg for samtaler om døden, kalt «Jeg og døden – grupper» (Røen & Hirsch 2012).

I en artikkel i Tidsskrift for praktisk teologi skriver Kaufman et al. (2016) om persondimensjonens betydning for prestens profesjonsutøvelse. Her påpekes det at det er «betydelige utfordringer forbundet med at prestens person ikke kan skilles fra prestens tjeneste» (Kaufman et al. 2016: 46). Vi har sett at informantene i studien stiller spørsmål ved om unge nyutdannede prester skal være prester på sykehjemmet, men hva med prester som er nære pårørende til personer med demens? Det å være nær pårørende til en person med demens innebærer en stor omsorgsbelastning (Ydstebø et al. 2020), samt mange tap og mye sorg (Doka 2010; Dalaker 2022). Den amerikanske sorgforskeren Doka skriver at: “Grief is the constant, yet hidden, companion of Alzheimer’s disease and other, related dementias” (Doka 2010: 15), men dette er en sorg som ofte ikke blir sett eller anerkjent av omgivelsene. Dette gjelder både sorg relatert til selv å bli rammet av en demenssykdom, og sorg relatert til å være nær pårørende til en person med demens (Doka 2010). Kaufman et al. (2016) viser til at når presten selv blir personlig rammet av tap og sorg, kan det oppleves utfordrende å formidle håp og trøst til andre. Å være nær pårørende til en person med demens er en belastning eller utfordring som folk håndterer forskjellig, også prester. Uansett vil det være viktig at arbeidsgiver er oppmerksom på dette, og det kan hende at i perioder skal prester som er nære pårørende til personer med demens få avlastning fra prestatjeneste på sykehjem.

6.0 Konklusjon

Menighetsprestene i denne undersøkelsen besøker jevnlig sykehjemmene i menighetene, hovedsakelig for å tilrettelegge trosutøvelse i fellesskap, i form av andakter og gudstjenester. Tilretteleggelse av individuell trosutøvelse i form av samtaler, sjelesorg og soknebud forekommer, men ikke ofte.

Det finnes ingen fast mal for andakter/gudstjenester på sykehjem, og informantene bruker hvert sitt opplegg. Prestene bruker ulike elementer fra gudstjenesteliturgien, men hvilke elementer som brukes varierer. Sang og musikk er en viktig del av andakter på

sykehjem, men rundt halvparten av informantene forteller at organisten i menigheten er ikke tilgjengelig for andakter på sykehjem.

Informantene beskriver andaktsdeltakerne som en uensartet målgruppe både med tanke på kognitiv kapasitet og kirketilhørighet, og det diskuteres hvorvidt forkynnelsens form og innhold skal være demensvennlig.

Å komme som prest på sykehjemmet beskrives som å tre inn i en fremmed verden. Noen forteller om godt oppmøte på andakter og gudstjenester og om andaktsdeltakere som gir uttrykk for stor takknemlighet. Dette bidrar til at prestedtjenesten på sykehjem oppleves meningsfull. Andre vektlegger at det oppleves krevende og utfordrende å være prest på sykehjemmet. Samarbeid med ansatte oppleves heller ikke entydig. Noen beskriver et godt samarbeid, mens andre sitter med en opplevelse av å «være en stein i skoen».

Informantene har ingen formell kunnskap om hverken demens eller tilrettelegging av trosutøvelse i demensomsorgen. Flere har imidlertid realkompetanse relatert til konteksten. Denne har de tilegnet seg gjennom å ha vært pleiemedhjelpere på sykehjem i studietiden, innspill fra kollegaer, pårørendeerfaring og refleksjon over egen praksis.

I arbeidet med å videreutvikle Den norske kirkes praksiser på sykehjem, i samsvar med samfunnsutviklingen, foreslår informantene at det gjøres endringer både når det gjelder innholdet i og rammene rundt dagens praksiser. For egen del etterlyser de ressurser som kan bidra til støtte i arbeidet med å tilrettelegge trosutøvelse for mennesker med demens, samt ressurser som kan bidra til økt kunnskap om konteksten.

7.0 Implikasjoner for praksis

Kirkens praksiser på sykehjem er en del av en større og bredere utfordring som omhandler Den norske kirke og den såkalte eldrebølgen. Dette er imidlertid en tematikk som faller utenfor dette prosjektet.

I innledningen til denne rapporten ble det vist til at vi tilhører en kirke som setter Ordet i sentrum og som vektlegger den kognitive dimensjonen ved tro. Vi har videre sett at beboere i sykehjem er blitt mye sykere etter årtusenskiftet, og at opptil 85% av beboerne har en demenssykdom (Helse- og omsorgsdepartementet 2020). Dette får konsekvenser for hvordan vi som kirke tilrettelegger trosutøvelse i sykehjem. Helt til slutt i gruppesamtalene ble det diskutert hvordan Den norske kirke skal videreutvikle sine praksiser i sykehjem i overensstemmelse med samfunnsutviklingen. Med samfunnsutvikling forstås her at gamle og syke mennesker skal bo hjemme lengst mulig, noe som innebærer at beboere på sykehjem er mye sykere i dag enn før årtusenskiftet, og at de fleste har en demenssykdom (Helse- og omsorgsdepartementet 2020; 2023). Vi skal i dette avsnittet se på noen konkrete tiltak som kan bidra til å videreutvikle Den norske kirkes praksiser i sykehjem.

7.1 En trosbekreftelsesreform

Vi tilhører en kirke som vektlegger den kognitive dimensjonen ved tro. Dette innebærer at menighetens gudstjenesteliv ofte blir for kognitivt krevende for mennesker med demens (Vance 2005; Ruthven 2014; Gordon 2019). Trosutvikling er en vedvarende prosess gjennom hele livet (Pirhonen et al 2023a). En demenssykdom bidrar til at tro endrer karakter og at det rituelle og det relasjonelle blir viktigere (Kevern 2015; 2022), og at den fysiske og affektive dimensjonen ved tro blir mer fremtredende (Pirhonen et al. 2023a; Saarelainen et al. 2024). Når mennesker ikke selv kan uttrykke troen sin, kan den bli usynlig for omgivelsene (Reed et al. 2016; Hawkes & Taylor 2024; van Geugten et al. 2025).

I sin demensteologi bruker den skotske teologen John Swinton mye tid på å diskutere om personer med demens fortsatt kan tro (Swinton 2017). Som luthersk teolog med utgangspunkt i at troen er en gave gitt oss av Gud, oppleves denne problemstillingen som underlig. Det kan synes som om dette spørsmålet stilles med utgangspunkt i en vektlegging av den kognitive dimensjonen ved tro (Swinton 2017), men tro har, som vi har sett, mange dimensjoner, blant annet en erfaringsdimensjon og en praksisdimensjon (Danbolt 2014). Ingen av informantene i denne undersøkelsen stiller spørsmål ved tro

hos personer med demens, men noen av dem gir uttrykk for at tilretteleggelse av trosutøvelse i demensomsorgen nesten er umulig på grunn av kommunikasjonsutfordringene i denne konteksten (Ryan et al. 2005; Reed et al. 2016).

Tidligere kapellan i Bodø, Anne Berger Jørgensen, foreslår i en prosjektrapport som handler om «Rett til åndelig liv, også for personer med demens», en trosbekreftelsesreform (Jørgensen 2013: 20). Jeg stiller meg bak dette forslaget og utfordrer her enten Bispemøtet eller Kirkemøtet til å utarbeide en slik trosbekreftelsesreform. Man kan for eksempel starte med å løfte fram verdien av den troen som allerede finnes og som ikke nødvendigvis kommuniseres ved hjelp av ord, samt viktigheten av å tilrettelegge trosutøvelse for mennesker med demens. En trosbekreftelsesreform vil også omfatte en bevisstgjøring av holdningene hos oss som ikke har en demenssykdom. Det vil her handle om å bekrefte verdien av menneskelivet når vi ikke lenger er i stand til å yte noe i samfunnet eller ta vare på oss selv, verdien av livet når vi kommer til livets slutfase og ikke lenger kan prestere, og når livet handler om å være (MacKinlay 2017).

Det er skrevet flere artikler med utgangspunkt i en undersøkelse blant sykehjemsprester i Den lutherske kirken i Finland, og i en av artiklene understrekes verdien av tro hos mennesker med demens på denne måten:

Severe dementia reveals the traditional doctrinal core of what it is to be a Christian. To be a Christian is about the activity of God and about receiving the love of God, which is not lost even in the slightest regardless of the state of human being. Even if a person with severe dementia would not remember God or feel Gods presence, God will still remember her to the fullest. In pastoral care, the activity and love of God is manifested through the caregiver – such as the chaplain (Pirhonen & al 2023b: 93).

7.2 Samarbeid med sykehjemmet

Tilretteleggelse av trosutøvelse på sykehjem for medlemmer i Den norske kirke er et felles ansvar for ansatte på sykehjem og ansatte i Den norske kirke (Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn et al. 2013). Vi ser i denne studien at a) beboernes lovfestede rett til deltakelse på andakter og gudstjenester er avhengig av hvilke ansatte på sykehjemmet som er på jobb den dagen, og b) ingen av informantene har på det nåværende tidspunkt faste møtepunkter med sykehjemmet, der de drøfter og evaluerer tilretteleggelse av trosutøvelse for medlemmer i Den norske kirke.

Dette kan gjøres på mange måter, men her følger to eksempler fra Stavanger. Her har man de siste ti årene hatt en årlig nettverkssamling mellom ansatte i sykehjem og ansatte i Den norske kirke. Dette er et tiltak som ble iverksatt etter initiativ fra daværende levekårssjef i kommunen. Samlingen varer i to timer og består av et kort foredrag med et tema relatert til åndelig omsorg/tilretteleggelse av trosutøvelse, gruppesamtaler og samtale i plenum, i tillegg til enkel servering. Samlingen er blitt evaluert, og tilbakemeldingene er at den bidrar til å styrke samarbeidet mellom sykehjem og menigheter i Den norske kirke.

To av menighetene i Stavanger, Hinna og Hundvåg menigheter, har i tillegg til den årlige nettverkssamlingen, faste møter med de sykehjemmene de betjener. Her har de satt av tid til å drøfte og evaluere tilretteleggelse av trosutøvelse på sykehjemmet. Ansatte i begge menighetene forteller at de på disse møtene har fått innspill til endring av praksiser fra de ansatte på sykehjemmet⁶. Ansatte på sykehjem har en annen kunnskap om konteksten og kan slik komme med verdifulle innspill til Den norske kirkes praksiser på sykehjem.

7.3 Fra felles andakt til besøk på rommet og lysandakt på avdelingene

En av informantene med lang erfaring som prest påpeker at det er noe helt annet å ha andakt på sykehjem i dag enn da hun startet i sin første prestestilling. Kanskje man heller skulle besøke beboerne på rommene, be Fadervår med dem og eventuelt synge

⁶ Samtaler med sokneprest i Hinna menighet og diakon i Hundvåg menighet, 21.11.25.

en sang? I Hinna menighet i Stavanger har de gjort nettopp dette. Tidligere hadde de andakt på sykehjemmet hver uke. Nå har en av de ansatte i menigheten andakt annenhver uke, og annenhver uke besøker kirkelig ansatte beboere på rommene. Da prater de sammen om løst og fast, synger sammen, leser fra Bibelen, ber Fadervår og presten lyser velsignelsen, alt etter hva beboerne ønsker og har behov for. Soknepresten forteller at sykehjemmet på forhånd har sjekket med beboerne hvem som ønsker besøk av presten. Hun bruker 1,5 timer på sykehjemmet den dagen og bruker rundt 15 minutter på hvert møte, noe som innebærer at hun rekker å snakke med 5-6 personer hver gang. Soknepresten forteller videre at det kirkelige nærværet på sykehjemmet har økt ved denne nyordningen. Sykehjemmet benytter seg av en digital andakt de ukene kirkelig ansatte besøker beboere på rommene⁷. Etter at menigheten endret praksis, er hun blitt kjent med beboerne på en annen måte enn før, noe som har bidratt til at det oppleves mer håndterbart å ha andakt på sykehjemmet.

I Hundvåg menighet begynte de for noen år tilbake å ha lysandakter på avdelingene og diakonen forteller om godt oppmøte på disse andaktene. Lysandakt er en andaktsform som er utviklet med tanke på mennesker med demens. Den har en enkelt liturgi med mye sang og en kort andakt. En viktig del av andakten er lystenning for hver enkelt andaktsdeltakerne (Jørgensen 2013; Kessel 2016; Jørstad u.å.). Lysandakter kan sees som et uttrykk for Folkekirken på sykehjemmet. I Hundvåg menighet erfarer de at mange flere deltar på lysandakter sammenlignet med når menigheten arrangerer gudstjenester på sykehjemmet. Til tross for at dette er en andaktsform som er utviklet særlig med tanke på mennesker med demens, forteller diakonen at hennes erfaring er at lysandakter er en andaktsform som kommuniserer både med beboere, pårørende og ansatte. Avdelingsleder ved den skjermede demensavdelingen på Tasta sykehjem forteller at det ofte brer seg en underlig ro i rommet under lysandakten på avdelingen, særlig under lystenningen. Hun forteller videre at flere av de ansatte på avdelingen

⁷ Under pandemien fikk Stavanger kirkelig fellelsråd, i samarbeid med Stavanger kommune, støtte fra Statsforvalteren i Rogaland til å utvikle en digital andakts- og allsangressurs. Andakter som ble produsert i prosjektperioden brukes fortsatt på flere sykehjem som et supplement til menighetenes andakts- og gudstjenestetilbud. Fram til nå har andaktene blitt sendt til sykehjemmene annenhver uke.
[Andakter fra kirkene i Stavanger - YouTube](#)

bemerket at beboerne blir rolige og fredelige i etterkant av andakten⁸.

Samtaler på beboernes rom og lysandakter på avdelinger på sykehjemmet krever større personalressurser enn felles andakter, noe som gjør at det kan være aktuelt å involvere og lære opp frivillige i større grad. Informantene i studien beskriver at flere steder stiller frivillige opp og tar ansvar for andakten, mens andre steder tar de frivillige ansvar for det praktiske i tilknytning til kirkekaffe i etterkant av andakten. Å bli besøksvenn eller ha ansvar for lysandakter på en avdeling vil være mulig for frivillige dersom de får opplæring i forkant. Det kan være vanskelig å rekruttere frivillige til å involvere seg i demensomsorgen (Ruthven 2014), noe som tilsier at det vil være viktig med oppfølging og veiledning av frivillige.

7.4 Rammer for tilretteleggelse av trosutøvelse på sykehjem

Hvor ofte informantene i studien besøker sykehjemmet varierer, men det varierer også hvor ofte menighetene tilbyr trosutøvelse i fellesskap. På noen sykehjem er det andakt eller gudstjeneste hver uke, mens andre steder er det én gang per måned. Tidsrammen er som oftest mellom 30 og 60 minutter. Er dette nok? Dette vil variere avhengig av sykehjemmets størrelse. En av informantene kommenterer at det er forskjell på sykehjem. Noen er små, og her vil det være lett å få oversikt over både beboere og ansatte, mens på større sykehjem tar det lengre tid å bli kjent.

Et av temaene i gruppesamtalene er hvor på den enkelte prests prioriteringsliste tilretteleggelse av trosutøvelse på sykehjem står. Her varierer svarene. Noen er tydelige på at denne arbeidsoppgaven kommer nederst på prioriteringslisten, mens hos andre står den høyere opp på listen. Men hvor på prioriteringslisten til Den norske kirke står denne tjenesten? I en av samtalene påpekes det at Den norske kirke prioriterer arbeid blant barn og unge i mye større grad enn arbeid blant gamle og syke. «God's forgotten pillars» er tittel på en bok som omhandler nettopp denne tematikken (Hoogerbrugge 2019). Kirkenes prioritering av barn og unge kan forklares som en konsekvens av sekularisering (Coleman 2009) og av at vi lever i et samfunn som er preget av alderisme

⁸ Samtale med avdelingsleder ved skjermet demensavdeling, Tasta sykehjem, 21.11.25.

(Bakken 2022; Testad et al. 2023). Når Den norske kirke skal videreutvikle sine praksiser i sykehjem vil det være viktig å stille spørsmålet: Hvor på kirkens prioriteringsliste står denne tjenesten? Det er i aldersgruppen over 80 år at flest er medlemmer av Den norske kirke, ni av ti i den eldste delen av befolkningen er medlemmer av Den norske kirke (Den norske kirke 2025).

I flere gruppesamtaler diskuterer informantene hvem som skal utføre prestedtjeneste på sykehjem, blant annet hvorvidt alle prester skal betjene sykehjemmene eller om det skal overlates til noen få. I litteraturen understrekes blant annet betydningen av det relasjonelle, når man skal tilrettelegge trosutøvelse overfor personer med demens (Kevern 2015; 2022; Pirhonen et al 2023a; Saarelainen et al. 2024). Av den grunn anbefales det at én prest/diakon har ansvaret for å tilrettelegge trosutøvelse ved hver institusjon (Pirhonen et al. 2023b). Dette vil gjøre det lettere å utvikle personlig relasjon mellom presten og beboerne, og det kan også gjøre det enklere for presten å spesialisere seg med tanke på tilrettelegging av trosutøvelse overfor personer med demens.

Når Den norske kirke skal videreutvikle sine praksiser i sykehjem, vil det være viktig å se nærmere på og drøfte rammene for tilrettelegging av trosutøvelse i demensomsorgen, i lys av anbefalinger i faglitteraturen. For noen år siden ble jeg innkalt til et møte med to virksomhetsledere i sykehjem. Deres anliggende var likeverdige tjenester med tanke på Den norske kirkes tilrettelegging av trosutøvelse for beboere i sykehjem. I og med at det kirkelige landskapet er så varierende fra landsdel til landsdel, vil det være unaturlig at man fra sentralt kirkelig hold sier noe om hvilket tilbud beboere i sykehjem, som er medlemmer av Den norske kirke, kan forvente seg med tanke på andakts- og nattverdfrekvens. Det vil imidlertid være mulig å si noe om dette enten på bispedømmenivå eller på prostnivå. I undersøkelsen kommer det fram at på et sykehjem har ikke beboerne fått tilbud om nattverd siden før pandemien. Det er mange grunner til at det er blitt som det er blitt, og vi får inntrykk av situasjonen ikke oppleves grei for den aktuelle presten. Hadde det vært tydeligere føringer fra bispedømmet eller prostiet, hadde det kanskje vært lettere for presten å stå på i forhold til sykehjemmet?

7.5 Ressurser for tilrettelegging av trosutøvelse

På spørsmål av om hva informantene opplever at de trenger for å bidra til at Den norske kirke videreutvikler sine praksiser på sykehjem, etterlyser de ulike ressurser som kan bidra med hjelp til tilrettelegging av trosutøvelse i sykehjem og økt kunnskap om demens.

Informantene etterlyser et verktøyskrin med forslag til tekster, bønner, sanger osv. som passer til bruk på sykehjem. De foreslår at denne ressurs skal legges i kirkens ressursbank. Verktøyskrinet informantene etterlyser finnes imidlertid allerede, og det ligger allerede i kirkens ressursbank. I 2010 hadde Anne Helene Jørstad Olavstipendet. Hun utviklet i den forbindelse en nettside med ulike ressurser som er til uvurderlig hjelp for alle som tilrettelegger trosutøvelse i sykehjem (Jørstad u.å.). Nedenfor, i punkt 8 har jeg samlet ulike ressurser der man kan finne tips og råd med tanke på tilrettelegging av trosutøvelse i sykehjem. I punkt 8.1 har jeg samlet en rekke digitale ressurser, og her finner man blant annet lenke til nettsiden Jørstad utviklet.

Informantene gir uttrykk for at det kan være utfordrende å ha andakt på sykehjemmet uten å kunne ha med seg organisten. Under pandemien fikk Stavanger kirkelige fellesråd, i samarbeid med Stavanger kommune, støtte fra Statsforvalteren i Rogaland til å utvikle en digital allsangressurs i tilknytning til den grønne utgaven av sangboken «Syng med!». Det er gjort opptak i ulike kirker i Stavanger med ulike musikere og forsangere. Selv bruker jeg denne når jeg har lysandakter på avdelingene, og for meg er den en uerstattelig ressurs.

Vi er mange som etter hvert har fått god erfaring med bruk av lysandakter på sykehjem (Jørgensen 2013; Kessel 2016; Jørstad u.å.). Under punkt 8.2 finner man et forslag til liturgi for lysandakter.

Informantene etterlyste enkle tips og råd relatert til tilrettelegging av trosutøvelse på sykehjem. På bakgrunn av egen erfaring og litteratur har jeg formulert noen enkle tips og

råd med tanke på tilrettelegging av trosutøvelse i sykehjem. Disse finner man under punkt 8.3.

Som avslutning på to av gruppesamtalene spurte jeg hvordan informantene hadde opplevd samtalen. Tilbakemeldingen var at det hadde vært nyttig og lærerikt. En av informantene fortalte at hun hadde vært ansatt i prostiet i 7 år, og at fokusgruppediskusjonen var første gang hun hadde snakket om tilrettelegging av trosutøvelse i sykehjem med kollegaene sine. En annen informant kommenterte at trosutøvelse i sykehjem er et tema det snakkes lite om i kollegiet. Jeg har laget et samtaleopplegg for ansatte i prostiet der temaet er tilrettelegging av trosutøvelse i sykehjem. Dette finner man under punkt 8.4.

Til slutt, informantene i undersøkelsen har ingen formell kunnskap hverken om demens eller tilrettelegging av trosutøvelse for mennesker med demens. De gir uttrykk for at de ønsket økt kompetanse, og kompetanseøkning kan skje på mange nivåer:

- a) Prostiet: samtaleopplegg, workshop og erfaringsdeling.
- b) Bispedømmet: fagdager for alle som er involvert i tilrettelegging av trosutøvelse i sykehjem.
- c) Etterutdanning i regi av en av de teologiske institusjonene.

Aktuell temaer kan være: demens, kommunikasjon med personer med demens, forkynnelse og sjelesorg overfor personer med demens, aldringsteorier, «å bli gammel i Norge», eksistensielle tema relatert til aldring og skrøpelighet, døden, spørsmål knyttet til tro, osv.

8.0 Noen ressurser

8.1 Digitale ressurser

Verktøyskrin med tips og råd til innhold i sykehjemsandakten:

[Demens og tro – En ressurs- og idéside](#)

Hjelp til sang og på andakten:

Digital allsangressurs til den grønne utgaven av sangboken «Syng med!». Kirkene i Stavanger: [Alle sanger og salmer - YouTube](#)

Sammen i sang – salmesang fra skolegang: [Sammen i sang](#)

[Salmebloggen | Med sang på sang jeg vil deg ære @ Norges største og eneste salmeblogg med sitater og kommentarer til mange av våre mest kjente kristne sanger og salmer.](#)

Ressurser som bidrar med kunnskap om demens:

Lenke til Nasjonalt senter for aldring og helse: [Kognisjon og demens - Nasjonalt senter for aldring og helse](#)

Lenke til Nasjonalforeningen for folkehelsen: [Demens](#)

8.2 Forslag til liturgi for lysandakt

Preludium (Hvis organist)

Salme/Sang: Barnetro / Den fyrste song

Innledning:

Liturg: Nåde være med dere og fred fra Gud vår far og Herren Jesus Kristus.

Velkommen på lysandakt. I dag skal vi som vi pleier på lysandaktene synge sammen, vi skal be Fadervår, jeg skal ha en kort andakt, og så skal vi tenne et lys for alle oss som er her i dag.

Liturg: Vi starter med å tenne det store hvite lyset som vi kaller for Kristuslyset. Jesus kalte seg selv for verdens lys. Han sa: «Jeg er verdens lys. Den som følger meg, skal ikke vandre i mørket, men ha livets lys. Joh. 8, 12

Salme/Sang: Salige visshet / Ingen er så trygg i fare

Andakt (Gjenfortelle en bibelhistorie)

Salme / Sang: Stor er din trofasthet / Hvilken venn vi har i Jesus

Lystenning:

Liturg: I Salmenes bok står det skrevet: «Hos deg Gud er livets kilde. I ditt lys ser vi lys». La oss derfor tenne lys for hverandre i tillit til Gud.

Telysene tennes fra Kristuslyset. Ett for hver som er til stede. Mens det holdes, sier liturgen:

NN, dette lyset er tent for deg, eller
NN, dette lyset skinner for deg, eller
NN, dette er ditt lys, vi har tent det for deg.

Når alle som er til stedet har fått tent sitt lys, fortsetter vi:

Liturg:

Vi tenner et lys for de beboerne som ikke er til stede i dag.
Vi tenner et lys for alle ansatte på avdelingen.
Vi tenner et lys for alle de vi er glade i, de som vi bærer med oss i hjertene våre.
Vi tenner et lys for fred på jord.

Liturg: La oss be!

Gud, du ser våre lys, du kjenner våre tanker og hører våre bønner. Vi takker deg fordi du deler våre gleder og bærer våre sorger sammen med oss. Amen

Salme/Sang: Det er makt i de foldede hender / Kjærlighet fra Gud

Fadervår:

Liturg: La oss sammen be Herrens bønn:

Fader vår, du som er i himmelen!
Helliget vorde ditt navn;
komme ditt rike;
skje din vilje, som i himmelen,
så og på jorden;
gi oss i dag vårt daglige brød;
og forlat oss vår skyld,
som vi òg forlater våre skyldnere;
og led oss ikke inn i fristelse,
men fri oss fra det onde.
For riket er ditt og makten og æren
i evighet.
Amen.

Fader vår, du som er i himmelen!
La ditt navn holdes hellig.
La ditt rike komme.
La din vilje skje på jorden som
i himmelen.
Gi oss i dag vårt daglige brød.
Forlat oss vår skyld,
som vi og forlater våre skyldnere.
Led oss ikke inn i fristelse,
men frels oss fra det onde.
For riket er ditt, og makten og æren
i evighet.
Amen.

Salme/Sang: Fager kveldssol smiler / Bred dina vida vingar

Velsignelsen:

Liturg: Herren velsigne deg og bevare deg. Herren la sitt ansikt lyse over deg og være deg nådig. Herren løfte sitt åsyn på deg og gi deg fred.

Postludium (Hvis organist)

Liturg: Gå i Guds fred og hvil i Guds nåde!

8.3 Tips og råd med tanke på tilretteleggelse av trosutøvelse på sykehjem

- 1) Finn deg en kontaktperson på sykehjemmet/avdelingen som kan være en alliert og guide for deg inn i sykehjemmet/avdelingen.
- 2) Ta initiativ til møter med sykehjemmet der dere i felleskap diskuterer og evaluerer tilretteleggelse av trosutøvelse for beboere som er medlem av Den norske kirke (jfr. Helse- og omsorgsdepartementet 2009).
- 3) Bruk alltid rundsnipp. Beboerne vil da vite at du kommer på vegne av Kirken, selv om de ikke vet hvem du er eller husker navnet ditt.
- 4) Forsøk å lære deg navnene til beboerne. Det er like viktig å kunne navn på beboere på sykehjem som navn til konfirmanter.
- 5) Bruk salmer og sanger på andakten/gudstjenesten som deltakerne kjenner fra barndom og oppvekst. Du kan gjerne bruke en eller to sanger fast hver gang. Gjentakelse er viktigere enn variasjon.
- 6) Bruk enten Fadervår 1930 (bokmål)/1938 (nynorsk) eller Fadervår 1978 (bokmål)/1985 (nynorsk). Hør med beboerne hvilken versjon av Fadervår som er deres bønn.
- 7) Involver gjerne ansatte på sykehjem når du forretter nattverd. De kjenner beboerne og kan hjelpe til praktisk.
- 8) Bruk gjerne kjente bibelfortellinger når dere forkynner. Bruk et enkelt språk. Andaktene kan fint brukes flere ganger.
- 9) Andakten må ikke være for lang. Noen ganger kan det være nok med 3 – 4 minutter.
- 10) Vær oppmerksom på kroppsspråk. Smil, snakk sakte og tydelig.

8.4 Et samtaleopplegg for ansatte i prostiet

- 1) Hva gjør dere, når dere besøker sykehjem i menigheten?
- 2) Hvilke tilbakemeldinger får dere fra beboerne?
- 3) Hva gjør dere når andaktsdeltakere oppfører seg annerledes enn det som er vanlig på en andakt?

- 4) Lag et felles «verktøyskrin» med tekster, bønner, dikt, salmer mm, som dere kan bruke når dere har samtaler med beboere i sykehjem.
- 5) Beskriv hvordan dere samarbeider med sykehjemmet og hvordan dere opplever samarbeidet med sykehjemmet? Hva kan dere bidra med for å styrke samarbeidet?
- 6) Hvordan oppleves det å være prest på sykehjem?
- 7) «Alle vil leve lenge, men ingen vil bli gammel». Hvilke følelser vekkes hos dere i møte med mennesker som er i livets slutfase.

Avsnitt 8.1-8.4 er lagret som egne dokumenter og kan legges i kirkens ressursbank dersom det er ønskelig.

9.0 Litteratur

Agli, O., Bailly, N. & Ferrand, C. (2014). Spirituality and religion in older adults with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 25(7), 715-725.
<https://doi.org/10.1017/S1041610214001665>.

Andreassen, S. K. & Norheim, K. G. (2022). In What Ways Can the Church Function as a Generator for Inclusive and Sustainable Communities? A Case Study on What Role the Local Congregations Plays in Two Different Urban Communities. Haugen, H. M., Kivle, B. T., Addy, T., Kessel, T. B. & Klaasen, J. (red) *Developing Just and Inclusive Communities: Challenges for Diakonia/Christian Social Practice and Social Work*. Oxford: Regnum Books International.

Bakken, R. (2022). *I løvens gap. Om aldring og alderdom nå og i årene som kommer*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Bergman, S. & Vähäkangas, M. (2021). Doing situated theology. Introductory remarks about the history, method, and diversity of contextual theology. Bergman, S. & Vähäkangas, M. (ed) *Contextual Theology. Skills and Practiced of Liberating Faith*. New York: Routledge.

Bolton, C., Lane, C., Keezer, R. & Smith, J. (2019). The transformation of religiosity in individuals with cognitive impairment. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 31 (4), 360 – 368.
<https://doi.org/10.1080/15528030.2018.1534706>.

Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77 – 101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.

Braut, A. (2020) Kirkekaffe som sjelesorg. Narrativ sjelesorg ved Alzheimers sykdom. *Tidsskrift for sjelesorg*, (3-4), 266 – 278.

Briceño, L. F., Storvik, K. & Røsrud, K. (2025, 11. September). Nordmenn blir stadig eldre, men på Stortinget går det andre vegen. *NRK - Vestland*. https://www.nrk.no/vestland/stortinget-er-historisk-ungt_-medan-befolkninga-blir-eldre-og-eldre-1.17564726.

Britt, K. C., Kwak, J., Acton, G., Richards, K. C., Hamilton, J. & Radhakrishnan (2022). Measures of religion and spirituality in dementia: An integrative review. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*. 8: e12352, 1-22. DOI: 10.1002/trc2.12352.

Brooker, D. (2013). *Personsentrert omsorg. Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Bævre, K. (2025, 25. mars). Forventet levealder i Norge. *Folkehelserapporten*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelserapporten/samfunn/levealder/>.

Coleman, P. G. (2009). Ageing and Personhood in Twenty-First Century Europe: A Challenge to Religion. *International Journal of Public Theology*, 3 (1), 67-73. DOI: 10.1163/156973209X387316.

Danbolt, L. J. (2014). Hva e religionspsykologi? Begrepsavklaring i en nordisk kontekst. Danbolt, L. J., Engedal, L. G., Stifoss-Hanssen, H., Hestad, K. & Lien, K. (red) *Religionspsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 17-31.

- Danbolt, L. J. & Stifoss-Hanssen, H. (2014). Ritualisering: Å skape mening gjennom symbolske handlinger. Danbolt, L. J., Engedal, L. G., Stifoss-Hanssen, H., Hestad, K. & Lien, K. (red) *Religionspsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 203 – 216.
- Dalaker, A. (2012). *Tro – en kilde til livsmot? Håpets mysterium når sykdom preger livet*. Bergen: Efreml forlag.
- Dalaker, A. (2022). Sorg hos personer med demens: erfaring og refleksjon. *Omsorg: Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*, (2), 53-56.
- Dalaker, A., Stifoss-Hanssen, H. & Lavik, M. H. (2023). Sjelesorg som rituell praksis. 120 møter mellom en person med demens og en prest – en casestudie. *Tidsskrift for sjelesorg*, (1), 68 – 90.
- Den norske kirke. (2020). *Plan for diakoni*. Hentet 27. desember 2025 fra <https://www.kirken.no/nb-NO/om-kirken/slik-styres-kirken/plandokumenter/plan-for-diakoni/>.
- Den norske kirke. (2022). *Mer himmel på jord. Strategi for Den norske kirke 2022-2029*. Hentet 27. desember 2025 fra <https://ressursbanken.kirken.no/globalassets/irken.no/om-kirken/slik-styres-kirken/planer-visjonsdokument-og-strategier/strategi%202022-2029/strategi%20for%20den%20norske%20kirke%202022-2029%20bokm%C3%A5l.pdf>.
- Den norske kirke. (2025, 12. mars). *Unge søker til kirken*. <https://kommunikasjon.ntb.no/pressemedling/18448717/unge-soker-til-kirken?publisherId=8556475&lang=no>.
- Doka, K. (2010). Grief, multiple loss and dementia. *Bereavement Care*, 29 (3), 15-20. DOI: 10.1080/02682621.2010.522374.
- Drangsholt, J. S (2023). Når alderen griper fatt i oss – og vi griper fatt i den. Testad, I., Braut, G. S., Fiskå, A. & Halvorsen (red). *Aldring. Nye forutsetninger i en ny tid*. Oslo: Scandinavian Academic Press.
- Dumey, K. (2019). Dementia-Friendly Congregational Worship. Everman, L. & Wendorf, D. (red) (2019). *Dementia-Friendly Worship. A Multifaith Handbook for Chaplains, Clergy, and Faith Communities*. London: Jessica Kingsley Publishers. 228-234.
- Engedal, K. (2008). *Lærebok. Alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. «revidert og oppdatert utgave.
- Engedal, K. (2016). *En bok om demens. Husk meg når jeg glemmer*. Oslo: Pax forlag.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (red). (2018). *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse – akademisk.
- Ericsson, K. (2024). *Gammel. Tanker om å aldres*. Oslo: Forlaget Manifest AS.
- Everman, L. & Wendorf, D. (red) (2019). *Dementia-Friendly Worship. A Multifaith Handbook for Chaplains, Clergy, and Faith Communities*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Friedrich, R., Woods, B. & Williams, S. (2021). “Just because the mind is confused it doesn’t mean that the spirit is confused”: Exploring the role of Anglican clergy in ministry to persons with dementia. *Dementia*, 20 (2), 698 – 716. DOI: 10.1177/1471301220910572.

Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*. Velferdsforskningsinstituttet NOVA Rapport 14. OsloMet – Storbyuniversitetet.

Giske, T. & Cone, P. H. (2019). *Å ta vare på heile mennesket. Handbok i åndeleg omsorg*. Oslo: Samlaget.

Gordon, N. (2019). Sensing the Sacred: A Small Group Worship Experience for Those with Alzheimer's and Other Dementias. Everman, L. & Wendorf, D. (red) (2019). *Dementia-Friendly Worship. A Multifaith Handbook for Chaplains, Clergy, and Faith Communities*. London: Jessica Kingsley Publishers. 156-162.

Gjøra, L. & Michelet, M. (2018). Kommunal omsorgskjede – organisering og innhold. Engedal, K. & Haugen, P. K. (red) *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse – akademisk, 278 – 299.

Gran, S. (2019). *Inni er vi alltid unge. Aldringsmeditasjoner*. Oslo: Aschehoug.

Halkier, B. (2012). Fokusgrupper. Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (red) *Kvalitative metoder. Empiri og teoriutvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 1. utgave, 133 – 152.

Halland, A. N. (2025, 13. februar). Personsentrert omsorg gir pasienter med demens en verdig hverdag. Sykepleien, <https://sykepleien.no/fag/2025/02/personsentrert-omsorg-gir-pasienter-med-demens-en-verdig-hverdag>.

Hawkes, A. & Taylor, L. (2024). *Presence and Personhood: Investigating Christian Chaplaincy Care in Two Residential Dementia Units*. Religions 15: 704. <https://doi.org/10.3390/rel15060704>.

Helsedirektoratet. (2019). Åndelige og eksistensielle utfordringer. *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet 27. desember 2025: <file:///C:/Users/sk5331074/Downloads/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20handlingsprogram.pdf>.

Helsedirektoratet (2024). *Demens. Nasjonal faglig retningslinje*. Hentet 27. desember 2025: [file:///C:/Users/sk5331074/Downloads/Demens%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/sk5331074/Downloads/Demens%20(1).pdf).

Helse og omsorgsdepartementet. (2009). *Rett til egen tros- og livssynsutøvelse*. Hentet 27. desember 2025: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/rundskriv/rundskriv-i---6-2009.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplan 2025*. Hentet 27. desember 2025: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Fellesskap og meistring. Bu trygt heime*. Meld. St. 24 (2022 – 2023). Hentet 27. desember 2025: <https://www.regjeringen.no/contentassets/a8280e2548c04d3ea6898078480bfa0c/nn-no/pdfs/stm202220230024000dddpdfs.pdf>

Hide, K. (2003). Symbol Ritual and Dementia. *Journal of Religious Gerontology*. 13:3-4, 77-90.

- Hoen, B. T. & Abrahamsen, D. R. (2025, 31. Juli). Sykehjem og hjemmetjenesten i Norge. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sykehjem-og-hjemmetjenesten-i-norge>.
- Hoogerbrugge, J. (2009). *God's Forgotten Pillars*. Five Stone Publishing.
- Hudson, R. E. (2016). God's Faithfulness and Dementia: Christian Theology in Context. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*. 28:1-2, 50-67.
- Jakobsen, R. N. & Øierud, G. L. (2009). *Prekenbeskrivelse. Forstå – Formidle – Forberede – Forkynne*. Kristiansand: Høyskoleforelaget.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018) *Hvordan bruke teori? – nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johnson, G. E. & Johnson, R. H. (2007). Implicit and Explicit Memory: Implication for the Pastoral Care of Persons with Dementia. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*. 19 (3), 43-53. https://doi.org/10.1300/J496v19n03_04.
- Jørgensen, A. (2013). «Jeg må jo klappe mens jeg husker det!» Rett til åndelig liv, også for personer med demens. *Erfaringer fra et prosjekt*. Bodø kirkelige fellesråd.
- Jørstad, A. H. (2011). «Vær her. Vær her. Ikke slipp taket nå!» Personer med demens forteller om tro og liv. *Tidsskrift for sjelesorg*, (3), 200 – 213.
- Jørstad, A. H. (u.å.) Ritualer. Hentet 27. desember fra <https://demensogtro.no/ritualer/>.
- Kaufman, T. S. (2016). Verken «24/7» eller «ni-til-fire». Presterollen mellom arbeid og fritid hos norske menighetsprester. *Tidsskrift for praktisk teologi*. 2, 20 – 33.
- Kaufman, T. S., Felter, K. D. & Gaarden, M. (2016). Person og prestetjeneste. Persondimensjonens betydning for prestens profesjonsutøvelse. *Tidsskrift for praktisk teologi*. 2, 45 – 57.
- Kennedy, E., Allen, B., Hope, A. & James, I. A. (2014). Christian worship leaders' attitudes an observation of people with dementia. *Dementia*, 13 (5), 586 – 597. DOI: 10.1177/1471301213479786.
- Kessel, T. B. (2016). Lysandakt – en kilde til personsentrert åndelig omsorg. *Omsorg: Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*, (1), 41 - 44.
- Kevern, P. & Walker, M. (2013). Religious communities: what can they offer? *The Journal of Dementia Care*, 21 (4), 26 – 28.
- Kevern, P. (2015). The spirituality of people with late-stage dementia: a review of the research literature, a critical analysis and some implications for person-centred spirituality and dementia care. *Mental Health, Religion & Culture*, 18 (9), 765-776. DOI: 10.1080/13674676.2015.1094781.
- Kevern, P. (2022). Three-Dimensional Spiritual Care for People with Dementia. Austad, A. & Danbolt, L. J. (red). *Ta vare. En bok om diakoni, sjelesorg og eksistensiell helse. Festskrift til Hans Stifoss-Hanssen*. 247-255.
- Kielland, J. C. (2014). Uten manus? *Nytt norsk kirkeblad*. 42 (7), 3-4.

- Kiesskalt, L., Volland-Schüssel, K., Sieber, C.C., Bollheimer, L.C. (2018). Klinikseelsorge mit Menschen mit Demenz. Eine qualitative Interviewstudie mit professionellen Klinikseelsorgern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, (51), 537 – 542. <https://doi.org/10.1007/s00391-018-1396-6>.
- Kitwood, T. (2019). *Dementia Reconsidered; the person comes first*. Dawn Brooke (red) *Dementia Reconsidered, Revisited; the person still comes first*. London: Open University Press.
- Lathrop, G. (2006). *The Pastor. A spirituality*. Minneapolis: Fortress Press.
- MacKinlay, E. (2017). *The Spiritual Dimension of Aging*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2 utgave.
- MacKinlay, E. & Trevitt, C. (2012). *Finding meaning in the Experience of Dementia. The Place of Spiritual Reminiscence Work*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- MacKinlay, K. (2003). Listen to People With Dementia: A Pastoral Care Perspective. *Journal of Religious Gerontology*. 13:3-4, 91-106. https://doi.org/10.1300/J078v13n03_07.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nesse, Å-M (2006). *Dikt i samling*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Okkenhaug, B. (2002). *Når jeg ser ditt ansikt. Innføring i kristen sjelesorg*. Oslo: Verbum.
- Pirhonen, J., Vähäkangas, A. & Saarelainen, S. M. (2023a). Religious Bodies-Lutheran Chaplains Interpreting and Asserting Religiousness of People with Severe Dementia in Finnish Nursing Homes. *Journal of Aging and Longevity*, (3), 92 – 106. <https://doi.org/10.3390/jal3010008>.
- Pirhonen, J., Saarelainen, S-M., Peltomäki, I. & Vähäkangas, A. (2023b). Past-Oral Care – Christian Hope in Pastoral Care and Counseling for People With Severe Dementia in Finland. *Journal of Pastoral Theology*. *Journal of Pastoral Theology*. 32 (2), 84-98. <https://doi.org/10.1080/10649867.2023.2221109>.
- Reed, M. B., Lane, A. M & Hirst, S. P. (2016) Spiritual Care for those with dementia: A case study. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 28 (4), 338-348. DOI: 10.1080/15528030.2016.1154122.
- Repstad, P. (2020). *Religiøse trender i Norge*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Rokstad, A. M. (2008). Hva er demens? Rokstad, A. M. & Smebye, K. L. (red) *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Cappelen Damm AS, 27-45.
- Ruthven, F. (2014). Singing the Lord's Song in a Strange Land: Ministering to Persons Living with Dementia. *The Expository Times*. 126 (2), 71-77.
- Ryan, E. B., Martin, L. S. & Beaman, A. (2005). Communication Strategies to Promote Spiritual Well-being among People with Dementia. *The Journal of Pastoral Care & Counseling*. 59 (1-2) 43-55.
- Røen, I. og Hirsch, A. (2012). Jeg og døden-grupper. Samtale om eget forhold til døden. *Lutherske Kirketidende*, 17, 412-415).

Sabat, S. R. (2018). *Alzheimer's Disease & Dementia. What everyone needs to know*. New York: Oxford University Press.

Saarelainen, S-M., Vähäkangas, A. & Pirhonen, J. (2024). Chaplains Forming a Meaningful Relationship with Older People With Dementia – Insights to Pastoral Care in Nursing Home Settings. *Journal of Empirical Theology*. (37), 277-295.

Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn, Norges kristne råd, Kirkerådet for den norske kirke i samarbeid med Helsedirektoratet, Divisjon primærhelsetjenesten. (2013). *Samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tros- og livssynssamfunn. Den som mottar helse- og omsorgstjenester, har også rett til å utøve sin tro eller sitt livssyn – alene og i fellesskap med andre*. Hentet 27. desember 2025:

https://www.kyrkja.no/globalassets/bispedømmer/borg/dokumenter/tema/inkludering/72995_h_dir_veiledningshefte_korr3.pdf

Stifoss-Hanssen, H. (1999). Religion and Spirituality: What a European Ear Hears. *The international Journal for the Psychology of Religion*. 9 (1), 25-33.

Stifoss-Hanssen, H. (2005). Et hellig og ganske alminnelig menneske. Om presten som religiøst symbol. *Nytt norsk kirkeblad*. 33 (7), 7-39.

Stifoss-Hanssen, H., Danbolt, L. & Frøkedal, H. (2019). Chaplaincy in Northern Europe. An overview from Norway. *Tidsskrift for praktisk teologi*. (2) 60-70.

Sykepleien. (2024, 2. april). Over 100 kommuner har kuttet sykehjemsplasser. <https://sykepleien.no/2024/04/over-100-kommuner-har-kuttet-sykehjemsplasser>.

Sørensen, T., Lien, L., Holmen, J. & Danbolt, L. J. (2012). Distribution and understanding of items of religiousness in the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. *Mental Health, Religion & Culture*. 15 (6), 571 – 585. <https://doi.org/10.1080/13674676.2011.604868>.

Swinton, J. (2017). *Dementia. Living in the Memories of God*. London: scm press. 2. utg.

Testad, I., Braut, G. S., Fiskå, A. & Halvorsen. (2023). *Aldring. Nye forutsetninger i en ny tid*. Oslo: Scandinavian Academic Press.

Toivonen, K., Charalambous, A. & Suhonen, R. (2017). Supporting spirituality in the care of older people living with dementia: a hermeneutic phenomenological inquiry into nurses' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. (32) 880-888. doi: 10.1111/scs.12519.

Toivonen, K., Charalambous, A. & Suhonen, R. (2022). Supporting the spirituality of older people living with dementia in nursing care: A hermeneutic phenomenological inquiry into older people's and their family members' experience. *International Journal of Older People Nursing*. 18:e12514, 1-11. <https://doi.org/10.1111/opn.12514>.

Trevitt, C. & MacKinlay, E. (2004). "Just because I Can't Remember ..." Religiousness in Older People with Dementia. *Journal of Religious Gerontology*. 16: 3-4, 109-121.

Van der Geugten, W., Goossensen, A., Rodling-Schilt, A., de Groot, J., Körver, J & Jacobs, G. (2025). Learning about the effectiveness of chaplaincy care for residents with more severe dementia. *Practical Theology*. 1-16. <https://doi.org/10.1080/1756073X.2025.2559217>.

Vance, D. E. (2005) Procedural and Emotional Religious Activity Therapy. Connecting Cognition and Affective Aspects of Alzheimer's Disease. *Activities, Adaption & Aging*, 29 (1), 27-45. DOI: 10.1300/J016v29n01_03.

Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. Rokstad, A. M. & Smebye, K. L. (red) *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Cappelen Damm AS, 87-113.

Ydstebø, A.E., Benth, J.Š., Bergh, S., Selbæk, G. & Vossius, C. (2020). Informal and formal care among persons with dementia immediately before nursing home admission. *BMC Geriatrics* 20, (296), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01703-8>.

Aalandslid, V. (2024, 21. juni). Økende antall eldre, men fortsatt blant de yngste i Europa. *Statistisk sentralbyrå*. <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/artikler/okende-antall-eldre-men-fortsatt-blant-de-yngste-i-europa>.

10. Etterord

Takk til Bispemøtet som ga meg mulighet til å fordype meg faglig i dette viktige temaet! Det har vært et privilegium, men en smule mer arbeidskrevende enn jeg så for meg da jeg søkte Olavstipendet. Takk til informantene som stilte opp på fokusgruppediskusjonene, og for spennende samtaler om tilrettelegging av trosutøvelse på sykehjem. Takk til professor Torgeir Sørensen ved VID, som både har utfordret og oppmuntret meg underveis! Takk til VID, Campus Stavanger, som stilte med kontor plass, og ikke minst, hjelpsomme ansatte når «systemene ikke snakket sammen»! Takk til familie og venner for støtte og oppmuntring, men også for imøtekommenhet når jeg har hatt behov for å tenke høyt sammen med noen!

Denne studien bidrar med kunnskap om hva menighetsprester gjør når de besøker sykehjem i menigheten. Vi ser at informantene i denne studien hovedsakelig har andakter og gudstjenester. En svakhet med studien er imidlertid at det ikke skilles mellom beboere på sykehjem og hjemmeboende dagsenterbrukere når man omtaler andaktsdeltakerne. Noen steder vil deltakerne på andakten være beboere på sykehjem, andre steder vil de være dagsenterbrukere, og andre steder igjen vil de være en blanding av beboere på sykehjem og dagsenterbrukere. Når vi snakker om Den norske kirkes tjeneste i sykehjem, tenker jeg at den i hovedsak retter seg mot beboere i sykehjem og ikke mennesker som bor hjemme.

For å få mer kunnskap om Den norske kirkes tjeneste på sykehjem trengs det mer forskning. Det kan være aktuelt å undersøke og beskrive hva diakoner, organister og frivillige gjør når de besøker sykehjem i menigheten. Det vil her være viktig å skille mellom tiltak rettet mot beboere i sykehjem og tiltak rettet mot hjemmeboende dagsenterbrukere.

Mange av oss som jobber med å tilrettelegge trosutøvelse på sykehjem, har erfaring med at lysandakter er en andaktsform som fungerer veldig godt i denne konteksten.

Lysandakter henvender seg til og kommuniserer både med beboere og pårørende. Min erfaring er at de ansatte på sykehjemmet etterspør denne andaktsformen. Det hadde vært interessant om noen gjorde et forskningsprosjekt relatert til temaet «lysandakter på sykehjem», der man inkluderte både beboere, pårørende, ansatte på sykehjem og andaktsholdere som informanter.

Informantene etterlyste en rekke ressurser som kan bidra til hjelp med tilretteleggelse av trosutøvelse på sykehjem. Jeg har prøvd å etterkomme noen av ønskene deres, men det er begrenset hva som er mulig i løpet av seks måneder. Jeg ser et tydelig behov for en andaktsressurs. Den kan si noe om forkynnelsens form og innhold når man forkynner på sykehjemmet, men den kan også inneholde enkle andakter til bruk på sykehjemmet.

11. Vedlegg: Informasjons- og samtykkeskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet:

«Trosutøvelse i sykehjem. En studie av menighetsprester tilretteleggelse av trosutøvelse for mennesker med demens»?

Formålet med prosjektet:

Formålet med prosjektet er å undersøke hvilken erfaring dere som menighetsprester har med å tilrettelegge trosutøvelse i sykehjem, hovedsakelig for mennesker med demens. Hvordan tilrettelegger dere trosutøvelse i sykehjem? Hvordan oppleves det å være prest på sykehjemmet? Hvilken kunnskap har dere om konteksten? Hva skal til for at kirken kan videreutvikle sin praksis i denne konteksten?

Dette prosjektet har fått Bispemøtets Olavstipend for 2025. Alle som får Olavstipendet, leverer en rapport til Bispemøtet i etterkant. Prosjektet skal også munne ut i utvikling av ressurser som kan bidra til å styrke kirkens praksis i sykehjem. På sikt kan det være aktuelt å skrive en fagartikkel el.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne forespørselen fordi du er menighetsprest i Den norske kirke og har gudstjenester, andakter og/eller samtaler på sykehjem.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID Vitenskapelige høyskole er ansvarlig for personopplysningene som blir behandlet i prosjektet.

Prosjektansvarlig er professor Torgeir Sørensen.

Forsker Anna Dalaker er sykehjemsprest og mottaker av Olavstipendet for 2025.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta, eller hvis du senere velger å trekke deg fra prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Du inviteres til å delta i en fokusgruppediskusjon med menighetsprester fra ditt prosti. Det vil være 6-8 deltaker i gruppen. Gruppediskusjonen vil varer mellom i inntil halvannen time.

Kort om personvern

Samtalen vil bli tatt opp på elektronisk lydfil og deretter flyttet over til en kryptert minnepenn som vil bli oppbevart nedlåst i et skap. Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har beskrevet i dette skrevet. Vi behandler personopplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Du kan lese mer utfyllende om personvern nedenfor.

Med vennlig hilsen

.....
Torgeir Sørensen
Prosjektansvarlig
Professor VID

Telefon: 994 50 372
epost: torgeir.sorensen@vid.no

.....
Anna Dalaker
Forsker
Olavstipendet 2025

Telefon: 480 01 575
epost: anna.dalaker@vid.no

Utdypende om personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Prosjektansvarlig og forsker vil ha tilgang til personopplysningene dine.

Alle data vil bli lagret i tråd med VIDs retningslinjer for behandling av personopplysninger i forskning. Navn og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste, atskilt fra øvrige data. På sikt vil dataene bli overført til og lagret på forskningsserveren til VID.

Dataene vil bli transkribert av forsker.

Det vil ikke være mulig å gjenkjenne informantene i publikasjoner.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysningene om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID Vitenskapelige høyskole har personverntjenesten ved Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (www.sikt.no), vurdert at behandlingen av personvernopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personregelverket.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 31.12.29.

Dataene vil da bli anonymisert. Det betyr a) at koblingsnøkkelen slettes, b) at personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres i datamaterialet og c) at lydopptak slettes.

Dine rettigheter:

Så lenge det er mulig å identifisere deg i datamaterialet, har du rett til å be om innsyn i dataene vi behandler om deg, og eventuelt be om at dataene blir rettet eller slettet. Hvis du kontakter oss angående dette vil du høre fra oss innen en måned. Vi vil gi en forklaring hvis vi ikke kan identifisere deg eller hvis dine rettigheter ikke kan utøves. Du har også rett til å klage til Datatilsynet om hvordan vi behandler dine data.

Hvis du har spørsmål eller vil utøve dine rettigheter, ta kontakt med enten prosjektansvarlig professor Torgeir Sørensen: torgeir.sorensen@vid.no, eller VIDs personvernombud Nancy Yue Liu: personvernombud@vid.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Siks vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt på epost: personverntjenester@sikt.no eller på telefon: 73 98 40 40.

Jeg har mottatt forstått informasjon om prosjektet «Trosutøvelse i sykehjem», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i fokusgruppeintervju/samtale i forbindelse med prosjektet.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet avsluttes.

.....
(signert av prosjektdeltaker, dato)