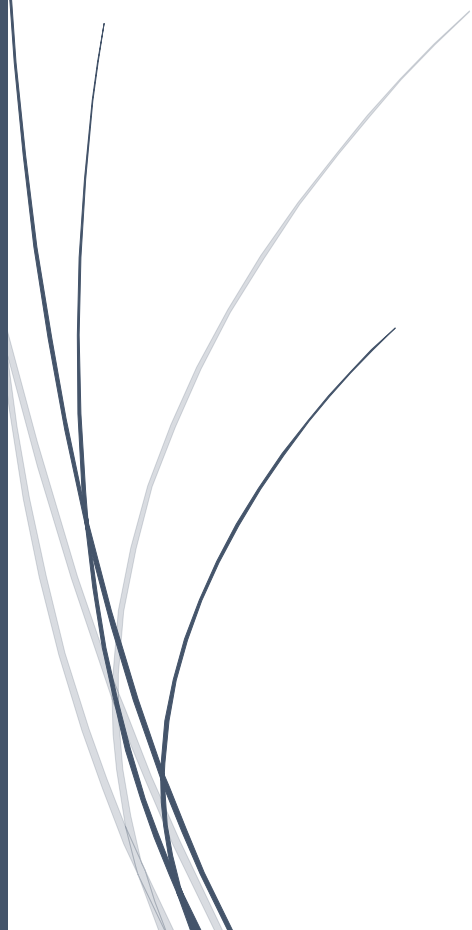




Seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn

# Et verdidokument





## Innhold

Innledning – dokumentets formål og målgrupper .....	2
Verdigrunnlag .....	2
Med respekt som navigasjonspunkt .....	3
På menneskerettslig grunn.....	4
På pasientens premisser .....	4
Helhetlig omsorg i et livssynsåpent samfunn.....	5
Eksistensiell omsorg – mer enn livssynsbetjening .....	6
En pasientrettet tjeneste for alle .....	7
Rom for den enkeltes fortelling.....	7
Myten om de «rene» livssynskategorier .....	8
Livstolkning.....	8
En tjeneste også overfor de profesjonelle .....	9
«Sykehusprest» – et navn også for fremtiden?.....	10
Historisk perspektiv .....	10
Livssynsåpen og forankret.....	11
Ikke bare en stillingstittel .....	12
Ritualiseringskompetanse .....	12
Passelig annerledes .....	12
Taushetsplikt .....	13
Fanebærer for den kliniske etikken.....	13
Oppsummering og utblikk .....	14
Referanser .....	15



## Innledning – dokumentets formål og målgrupper

Seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn ved Stavanger universitetssjukehus er i dag sentralt plassert i Helse Stavangers daglige virke og er en innarbeidet og integrert del av sykehusets tverrfaglige miljø. I et helsevesen i endring og i et samfunn som i løpet av få år er blitt pluralistisk hva gjelder livssyn, er det avgjørende å ha en løpende diskusjon om tjenestens identitet, roller og ansvarsområder. Det er siktet med det foreliggende dokumentet. Dokumentet er ikke en uttømmende fremstilling av hverken prestetjeneste, etikk eller livssyn, men snarere et forsøk på å adressere noen av de spørsmålene som aktualiseres ved disse ordene, og om forholdet mellom dem, som følge av at samfunnet, og også helsevesenet, er blitt mer livssynsmangfoldig.

En klar rolleforståelse er avgjørende for å kunne arbeide målrettet og strategisk, samt kunne knytte mest mulig hensiktsmessig an til andre deler av virksomheten. En del av prosessen med å lage dette verdidokumentet har også vært å erstatte «Prestetjenesten» med et navn på seksjonen som er mer dekkende for dens faktiske ansvarsområder og arbeidsoppgaver. Dokumentet henvender seg til foretakets ledelse og ansatte, men også til pasienter, pårørende og publikum, samt til studenter som skal ha praksis i seksjonen.

En betenkning av rolleforståelsen forutsetter en åpen og dialogisk prosess. Det har derfor vært lagt opp til en bred samtale, som har inkludert høringsrunder i andre deler av Helse Stavanger, men også miljøer utenfor, som Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn, samt vitenskapelige miljøer som VID vitenskapelige høgskole og Universitetet i Stavanger. Seksjonen har som en del av prosessen også innhentet informasjon om hvordan andre helseforetak tenker omkring prestetjeneste, etikk og livssyn i sin virksomhet.

## Verdigrunnlag

Sykehusprestens profesjonsetikk er rammet inn av menneskesynet. Tanken om at menneskeverdet er ukrenkelig, og at det enkelte menneskes verdi står fast uavhengig av handling og hendelser, funksjonsnivå, kjønn, seksuell orientering, status, livssyn eller annet er selve hjørnesteinen i verdigrunnlaget til Seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn. Dette menneskesynet finner sin begrunnelse i den kristne skapelsestanken, men også i humanistisk tradisjon (Hareide, 2011). Det gir derfor mening å benevne det som et «kristen-humanistisk menneskesyn». Et slikt menneskesyn sammenfaller i stor grad med det som ligger til grunn for andre relasjonsintense profesjoner (se f.eks. Eide, Sævareid, Aasland, Grelland, & Kristiansen, 2008). På bakgrunn av dette menneskesynet er seksjonen, som helsetjenesten for øvrig, forpliktet på de helse-etiske prinsippene – gjøre godt, ikke-skade, autonomi og rettferdighet (Beauchamp & Childress, 2013), samt på foretakets egne



grunnverdier: respekt, trygget og kvalitet. Sykehusprestens profesjonsetikk er ytterligere rammet inn teologisk av ordinasjonsløftet og av bestemte deler av lovgivningen, herunder taushetsplikten (§211 i Straffeloven), avvergeplikten (§196 i Straffeloven) og kravet om ikke å misbruke stilling, avhengighetsforhold eller tillitsforhold (§296 i Straffeloven).

### Med respekt som navigasjonspunkt

Hensynet til både menneskeverdet og de profesjonelle og juridiske forpliktelsene fordrer dømmekraft og skjønnsutøvelse hos den profesjonelle (Wyller, Ruyter, & Christoffersen, 2011), og en vilje til å møte stadig nye situasjoner med integritet og åpenhet (Presteforeningen, 2017). Det etymologiske utgangspunktet for ordet respekt er nettopp *re-spicere* (latin) – å se en gang til. Respekt som å se en gang til er kvalitetssikrende, trygghetsskapende og en grunnholdning Seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn ønsker å ha i møte med pasienter, pårørende og ansatte. Å se en gang til impliserer en ydmykhet i forhold til begrensninger i egen innsikt og en positiv nysgjerrighet i forhold til den andre.

Respekt i denne forstand samsvarer med, og kommer til uttrykk i, hvordan seksjonen forstår og praktiserer sjelesorg, som konfidentorientert heller enn kerymatisk (av gresk *kerygma* som betyr budskapsformidlende). Sistnevnte er tradisjonelt forstått som mer monologisk, normativ og formanende. Førstnevnte er en sjelesorg hvor man, heller enn å formidle et bestemt budskap, er lyttende og søker å gi rom for, og søker å forstå, den andres erfaring (Grevbo, 2006). Målet er at den andre forblir et subjekt i møtet og ikke reduseres til et objekt, eller et endringsprosjekt. Dette er en sjelesorg som er forankret i kristen skapelsesteologi og henter impulser fra Jesu liv og tjeneste (Markus 10,50 – «Hva vil du jeg skal gjøre for deg?»). Understøttingen av subjektet resonnerer også godt med eksistensiell teologi (Tillich, 1951), eksistensial-filosofi (Buber & Smith, 2004; Heidegger, 2010), eksistensiell psykologi (May, 1950), narrativ teori (Ricoeur, 1988; White, 2006) og humanistisk psykologi (Rogers, 1965).

Å se en gang til handler også om å ha respekt for at enkeltmenneskers liv alltid finner sted i meningsbærende (internaliserte) verdener. Det indre og det ytre, det psykiske og det sosiale er slik gjensidig konstituerende. «No man is an Island» (John Donne). Den eksistensielle omsorgens oppgave er, sammen med den som søker hjelp, å reflektere over hva i dennes «verden» som kan være til hjelp og hva som kan representere en hindring i situasjonen. En slik psykososial tenkning understøtter ytterligere en konfidentorientert tilnærming og finner særlig støtte i systemisk teori (Andersen, Thomsen, & Bøgeskov, 2005) og relasjonell psykodynamisk teori (Rizzuto, 1979).



Sykehuset er et sosialt mikrokosmos. Ansatte, pasienter og pårørende representerer et mangfold med hensyn til status, etnisitet, kultur, livssyn, funksjonsnivå, kjønn, seksuell orientering og samlivsformer. Seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn skal arbeide aktivt for å stimulere respekt for denne forskjelligheten i organisasjonen. Seksjonens ansatte, som andre ansatte, skal opptre på måter som gjør at mennesker, uavhengig av de nevnte sosiale distinksjoner, kan kjenne seg trygge på å bli møtt med toleranse og respekt. Dette fordrer et reflektert forhold til hvordan man forholder seg på en inkluderende måte og kan være en tjeneste for alle pasienter, pårørende og ansatte.

### På menneskerettslig grunn

I den europeiske menneskerettighetskonvensjonen fra 1950, artikkel 9, 1. ledd heter det:

*«Enhver har rett til tankefrihet, samvittighetsfrihet og religionsfrihet; denne rett omfatter frihet til å skifte sin religion eller overbevisning, og frihet til enten alene eller sammen med andre og såvel offentlig som privat å gi uttrykk for sin religion eller overbevisning, ved tilbedelse, undervisning, praksis og etterlevelse».* (Lov av 21. mai 1999 nr. 30)

Denne rett må avpasses i forhold til artikkelens 2. ledd, hvor det heter at friheten i første ledd kun skal begrenses *«for å beskytte den offentlige orden, helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter»*. Begge anliggender aktualiseres i en offentlig institusjon som et sykehus, hvor mennesker er nødt til å oppholde seg over tid. Retten til ikke å bli pådyttet tros- og livssynspraksis må også her holdes sammen med forventningen om en aksept for å kunne bli eksponert for andres tros- og livssynspraksis. Seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn skal bidra til at begge hensyn blir ivaretatt.

### På pasientens premisser

Å sikre retten til ikke å bli utsatt for uønsket livssynspåvirkning er et etisk anliggende og krever en særlig identifisering av de deler av seksjonens virksomhet hvor en opplevelse av slik påvirkning kan bli aktualisert. I akutsituasjoner, ved ulykker og plutselig død, fungerer sykehuspresten primært som institusjonens pårørendestøtte, men også som tilrettelegger for ritualisering om pasient eller pårørende skulle ønske det. Lege eller sykepleier bør, når det i situasjonen ligger til rette for det, spørre pårørende om de ønsker pårørendestøtte og samtidig opplyse om at det er sykehusprestene som innehar denne funksjonen på sykehuset. Selv om man bør være tilbakeholden med å sette kriserammede mennesker i en situasjon hvor de må ta valg, skal man sikre at sykehusprestens rolle som pårørendestøtte er i henhold til de pårørendes ønsker. For å understreke hva som er sykehusprestens faktiske funksjon i akutte situasjoner, bærer seksjonens ansatte ved slike anledninger en «button» på jakkeslaget hvor det står «Pårørendestøtte».



«Å se en gang til» er nødvendig for å sikre kvaliteten på tjenestene seksjonen tilbyr. Det innebærer også en forpliktelse til gjennomsiktighet i forhold til egen virksomhet. Det er derfor en forventning om at alle medarbeidere skal være i et mentor- og/eller veilederforhold. Dette for å sikre transparens og kvalitet, men også for å støtte den enkelte medarbeider og motvirke utbrenthet, medfølelsestretthet, moralsk stress og/eller sekundærtraumatisering. Seksjonen som helhet sikrer kvalitet gjennom kontinuerlig å være i en åpen samtale om virksomhetens grunnlag og dens ansvarsområder, gjennom å oppsøke kompetansehevende tiltak samt gjennom å forske. Verdidokumentet kan forstås som et uttrykk for nettopp viljen til «å se en gang til» på egen virksomhet.

## Helhetlig omsorg i et livssynsåpent samfunn

Et aktuelt bakteppe for dokumentet er at det i norsk sammenheng har vært en diskusjon de seneste årene om organiseringen av eksistensiell omsorg innen helsesektoren. Bakgrunnen for dette er ikke minst at vi lever i et stadig mer flerkulturelt samfunn. I 2010 satte regjeringen ned et bredt «Tros- og livssynspolitisk utvalg» hvis oppgave var å legge fram «forslag til en mer helhetlig tros- og livssynspolitikk», det såkalte «Stålsettutvalget». I stortingsmeldingen (NOU 2013: 1), utvalgets sluttprodukt, kan man lese at majoriteten av utvalgsmedlemmene mener

«at det er et offentlig ansvar å sørge for tilgjengelige og egnede samtalepartnere for tros- og livssynsspørsmål og tilgjengelig religiøs og livssynsmessig betjening i institusjonene» (Stålsett, 2013, s. 21).

Og videre

«at religiøse og livssynsmessige tjenester, aktiviteter og tilrettelegging er særlig viktig i døgninstitusjoner» (Stålsett, 2013, s. 167).

Det tas med andre ord til orde for at helseforetakene selv, innenfor rammene av sin virksomhet, fortsatt, selv etter at relasjonen mellom stat og kirke er endret (2017), legger til rette for livssynsbetjening. Samtidig argumenteres det for endring:

«Utvalget anbefaler at rekruttering av personell til tros- og livssynsbetjening gjøres bredere og tilpasses dem som er brukere av institusjonen. Dette vil kunne gjennomføres på ulike måter og bør tilpasses den lokale situasjonen og behovet der» (Stålsett, 2013, s. 21).

Utvalget argumenterer med en særlig vekt på menneskerettigheter og på «likebehandlingsprinsippet».



Seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn identifiserer seg med Stålsettutvalgets menneskerettighetsargumentasjon og arbeider aktivt for «å gjøre tros- og livssynsbetjeningen bredere». Seksjonens ansatte har formell kultur- og religionsvitenskapelig kompetanse og driver med forskning innenfor feltet. Sykehusprestene betjener pasienter, pårørende og ansatte med ulikt livssynsmessig ståsted. Ved behov tilkalles representanter fra ulike tros- og livssynssamfunn, dersom vedkommende ønsker dette i stedet for sykehusprestens tjenester.

Selv om tjenesten i praksis på mange måter ivaretar mangfoldet, har den tatt grep for å imøtekomme en populasjon som er mer livssynsmessig sammensatt, samt ivareta de prinsipielle og menneskerettighetsmessige anliggender som ledsager dette kulturelle skiftet. Seksjonen har ansatt en kultur- og livssynsrådgiver for å styrke kompetansen på en måte som ytterligere understøtter en inkluderende tjeneste. Rådgiveren samarbeider med sykehusprestene med å bistå helseforetaket i å tenke prinsipielt og praktisk om kultur- og livssynsspørsmål. En av oppgavene er å innhente og samle erfaringer fra ulike avdelingers kulturmøter, og gjøre disse erfaringene og praksisene tilgjengelig for flere på sykehuset. Kultur- og livssynsrådgiveren bidrar til kompetanseheving i forhold til kultur og livssyn, i form av undervisning og veiledning, samt forestår kvalitetssikring av representanter fra ulike tros- og livssynssamfunn som ved tilkalling kan bistå pasienter og pårørende på sykehuset.

### Eksistensiell omsorg – mer enn livssynsbetjening

Ansvarlig helsehjelp er helhetlig og møter pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelig-eksistensielle behov (WHO, 2016; Helse og omsorgsdepartementet, 2010). Implisitt i sistnevnte ligger en erkjennelse av mennesket som et åndsvesen, forstått som selv-refleksivt og meningsøkende (Gadamer & Holm-Hansen, 2010). Videre at menneskelivet har grunnvilkår som ledsages av en eksistensiell smerte som verken kan eller bør medisineres bort. Død, ensomhet, frihet og meningsløshet (Yalom, 1998) er eksempler på grunnvilkår som aktualiseres i krisesituasjoner. Angst, uro, ensomhet og skyld er eksempler på eksistensielle følelser som dette kan avstedkomme.

Seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn forstår av disse grunner behovet for åndelig-eksistensiell omsorg som noe grunnleggende fellesmenneskelig – et grunnvilkår hvor det ikke er skillelinjer mellom religiøse og ikke-religiøse. Et kortere eller lengre opphold på sykehus, somatisk eller psykiatrisk, er gjerne ledsaget av dype livsspørsmål som det kan settes ord på, og eksistensielle følelser som avmakt, ensomhet og angst (Ratcliffe, 2008) som det er vanskeligere å artikulere. Begge deler kan ha innvirkning på den enkeltes helse, smerteopplevelse og behandlingsforløp. Det er derfor vesentlig at eksistensiell omsorg blir forstått som en del av helseforetakets kjernevirksomhet.



## En pasientrettet tjeneste for alle

Det åndelig-eksistensielle forstås på denne måten som noe fellesmenneskelig som er til stede uavhengig av livssyn, noe som er samtidig universelt og individuelt. Seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn skal bidra til at helsetjenesten har dette for øye, og at Helse Stavanger når sitt mål om å tilby pasientrettet og helhetlig omsorg. Kjerneoppgavene defineres av en særlig oppmerksomhet mot det eksistensielle gjennom eksistensiell omsorg og konfidentbasert sjelesorg, ritualisering, gudstjenester, undervisning, forskning, etikkarbeid og veiledning, samt ulike former for samtalegrupper. Av samme grunn utgjør seksjonen en sentral del av sykehusets katastrofeberedskap, har døgnkontinuerlig beredskap og kan til enhver tid tilkalles gjennom personalet på avdelingene eller gjennom sykehusets sentralbord.

Det at seksjonen har forskningskompetanse, vektlegger fokus på faglig utvikling og har en nær relasjon til sykehusets forskningsavdeling, er nettopp med tanke på å utvikle og stimulere forståelsen av hva en helhetlig pasientomsorg innebærer. I dette knytter seksjonen an til en av de fire definerte satsingsområdene i foretaket (og en av hovedoppgavene sykehuset skal levere på. Seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn har en forsker med professorkompetanse og en med førsteamanuensiskompetanse (Lavik, 2013, 2014, 2015, 2016; Moen, 2018). Disse er med i etablerte forskergrupper lokalt, nasjonalt og internasjonalt og bidrar med undervisning og forskningsformidling både internt og eksternt.

## Rom for den enkeltes fortelling

En mulig slagside når Ståsettutvalget anvender «likebehandlingsprinsippet» er at «eksistensielle behov» begrenses til kun å handle om behov for religiøs betjening. Det siste ville redusere eksistensiell omsorg i helsevesenet til noe for spesielt interesserte og særlig religiøst anlagte. Vi tenker at representasjon er viktig, ikke minst når det gjelder utøvelse av religiøse riter, men å gjøre eksistensiell omsorg i helsevesenet først og fremst til et spørsmål om religiøs tilknytning er like fullt en feilslutning med potensielt vidtrekkende konsekvenser, ettersom det ikke tar nok høyde for at livssyn er dynamisk og individuelt og at mange pasienter og pårørende «reforhandler» sitt forhold både til eget livssyn og livssynsamfunn i en krisesituasjon.

Når mangfold og forskjellighet på det livssynsmessige området skal adresseres er det en tendens til å anlegge og vektlegge generelle beskrivelser av religiøse grupper heller enn individers subjektive erfaringer (Holloway, 2006). Når fokus er på likebehandling av grupper, er faren at eksistensielle spørsmåls biografiske og sosiale betingethet – hvordan de er nært knyttet til den enkeltes livsfortelling og umiddelbare kontekst – blir underkjent. Livshistorie og troshistorie står i et dynamisk forhold til hverandre (Rizzuto, 1979), er individuelt og unikt for hvert menneske, og må derfor ikke





reduseres til et spørsmål om gruppetilhørighet. Dette kan konkret handle om at pasienter i en livssynsmessig reorienteringsfase kan foretrekke å snakke med en representant utenfor sin egen opprinnelige livssynskontekst, f.eks. en sykehusprest, noe som igjen relativiserer betydningen av representasjon og understreker betydningen av livstolkningskompetanse.

### Myten om de «rene» livssynskategorier

En fare med å overfokusere på grupper, er at det synes å implisere «rene» livssynskategorier. I et rent teoretisk perspektiv kan man nok det. I møte med den kliniske virkeligheten derimot, utfordres myten om de rene livssynskategorier. De fleste identiteter, også religiøse, er sammensatt og preget av flere innflytelser. Selv om man er medlem i et bestemt trossamfunn er det derfor ikke gitt hva slags språk man vil benytte for å beskrive og utforske den eksistensielle krisen man opplever å være i som følge av en endret livssituasjon.

Det er derfor avgjørende at den som skal forestå eksistensiell omsorg i regi av helseforetaket har blikk for dette og ikke kun, og heller ikke primært, ser på seg selv som en leverandør av religiøse tjenester. Å yte eksistensiell omsorg forutsetter en særlig kompetanse som legger til rette for at pasienter, pårørende og ansatte, på egne premisser, kan utforske de eksistensielle og livssynsmessige ressurser og utfordringer som blir aktualisert i en gitt situasjon. Dette betyr at det er nødvendig med relasjons-, kommunikasjons- og refleksjonskompetanse. I tillegg kreves evne til å kjenne igjen den etiske dimensjonen i relasjonsintensivt arbeid, samt teoretisk kunnskap som kan bringe forståelse (Engedal, 2004). Dette er en sammensatt kompetanse som Seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn kontinuerlig etterstreber. Det er vesentlig at fremtidige prosesser med å øke den livssynsmessige representasjonen i kollegiet ikke går på bekostning av denne kompetansen, men styrker den ytterligere.

### Livstolkning

«Livssynsbetjening» er et begrep som brukes i den aktuelle debatt. Det fanger viktige deler av seksjonens virksomhet, ikke minst ritualisering og sakramentsforvaltning, men det kan også argumenteres for at begrepet virker tildekkende. «Betjening» er aktivitetsorientert og kan gi uheldige assosiasjoner i retning av en instrumentalistisk tilnærming. I rammen av en slik forståelse blir mottakeren gjerne et passivt objekt og utsatt for den profesjonelles «intervensjon».

«Livssynsbetjening» kan tildekke at også ritualisering i en sykehuskontekst alltid må være pasientsentrert (WHO, HOD) og dialogisk.

«Betjening» kan videre gi næring til stereotypiske bilder av presterollen, hvor presten reduseres til en seremonimester. Det kan etterlate et inntrykk av at tilfeldige representanter kan fungere som sitt



trossamfunns «forlengede arm», hvor eneste kvalifikasjon er at man kan utføre ritene. Seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn tenker her i tråd med det som uttrykkes i rapporten «Kirke og helse» at både samhandlingsmulighetene og «[...handlingsmulighetene ville bli begrenset dersom presten eller diakonen skulle komme utenfra, som kirkens forlengede arm inn i et fagmiljø med strenge profesjonskrav]» (Kirkerådet, 2015, s. 42). «Livstolkning» fanger bedre hvordan seksjonen ønsker å posisjonere seg i forhold til den andre – nemlig på en dialogisk måte som understøtter ham og henne som et subjekt.

Bredde i representasjonen, at seksjonen også knytter til seg representanter fra andre livssyn, er vesentlig. Den må likevel i fremtiden ledsages av gjennomtenkte og tydelige kompetansekrav og blikk for hvordan nye ressurser både kan øke den livssynsmessige representasjonen og kompetansen slik at flest mulig kan møtes på en best mulig måte, ut fra sine egne individuelle livssynsmessige forutsetninger.

### En tjeneste også overfor de profesjonelle

I en tid med økende etterspørsel etter arbeidskraft og stadige krav til effektivitet innen helse- og omsorgsykker, kreves helhetlig tenkning. Ikke bare om alvorlig syke og døende pasienter, men også om helsepersonell. En ansvarlig og helhetlig helseomsorg starter med ivaretagelse av den profesjonelle. Seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn bidrar – i tråd med helseforetakets visjon om å fremme helse og livskvalitet – med undervisning, veiledning og samtaler overfor ansatte.

Såkalte relasjonsintense yrker, i aller høyeste grad helsearbeid, innebærer bruk av selvet og dermed at det personlige er konstituerende for det profesjonelle (Moen, 2018; Rønnestad & Skovholt, 2013; Vachon, 2008). Arbeid med mennesker, også arbeid i grenselandet mellom liv og død, gir derfor også mulighet for personlig vekst og profesjonell utvikling. De mer risikopregede effektene av arbeid med mennesker er også høyst tilstede og blir behandlet i litteraturen gjennom begreper som «utbrenthet» og «medfølelsetretthet» (Figley, 1995), «sekundærtraumatisering» (Pearlman & Saakvitne, 1995) og «moralsk stress» (Förde & Aasland, 2013). Forskning viser at om de nevnte faktorene ikke aktivt blir motarbeidet, underminerer de arbeidshelsen til helsepersonell, og er noe som i ytterste konsekvens kan skyve profesjonelle helsearbeidere ut av arbeidslivet.

Felles for de nevnte faktorene er at de virker underminerende på den profesjonelles opplevelse av at arbeidet oppleves meningsfullt. Som nevnt, har mennesket som et eksistensielt grunnvilkår at det søker sammenheng og mening (Antonovsky, 1987; Taylor, 1989). Arbeid i grenseland mellom liv og død, eller normalitet og galskap, samt stadige møter med menneskers meningsløse lidelse, kan utfordre opplevelsen av meningsfullhet, noe som igjen kan påvirke arbeidshelsen til den enkelte og



kvaliteten på pasientbehandlingen. Det bør derfor være et sentralt anliggende for ethvert helseforetak å skape rom hvor meningsfullhet kan stimuleres. Seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn tilbyr av disse grunner samtaler for ansatte (individuelle og i gruppe), og bidrar med internundervisning om skjæringspunkter mellom det personlige og det profesjonelle.

De ansatte på sykehuset tilhører i økende grad flere tros- og livssynssamfunn, og seksjonens kultur- og livssynsrådgiver kan tilby veiledning og kontakt med de ulike tros- og livssynssamfunnene ved behov, dersom de ansatte ønsker et annet tilbud enn det sykehusprestene kan gi. Et etisk imperativ for både utdanningsinstitusjoner og arbeidsgiverorganisasjoner er intensjonelt og aktivt å legge til rette for rom hvor ansatte kan bearbeide erfaringer i klinikken. Her har seksjonen en særlig rolle som komplementerer bedriftshelsetjenesten, personalavdelingen og kollegastøtteordningen.

Taushetsplikten og rollens eksistensielle karakter gir sykehuspresten en egen plass blant støttefunksjonene for ansatte i organisasjonen. Et påtrengende spørsmål er om navnet «sykehusprest» står i veien, eller baner vei, for at ansatte, pasienter og pårørende kan identifisere tjenesten som sin.

### «Sykehusprest» – et navn også for fremtiden?

Hva vi kaller oss selv forteller noe om hvordan vi forstår oss selv og hvordan vi ønsker å bli forstått av andre. Det har vært et mål at seksjonen bærer et navn som avspeiler dens mandat og virksomhet. Det har derfor vært viktig i denne prosessen å diskutere navnet på seksjonen. «Prestetjeneste» er flagget den har seilt under til nå. Det har lang tradisjon lokalt og nasjonalt og er en etablert benevnelse, innarbeidet i helsevesenet.

#### Historisk perspektiv

Dagens helse- og omsorgstjenester har etablert seg i tråd med utviklingen av velferdsstaten, men har gjerne et diakonalt og kirkelig utgangspunkt. Dette gjelder ikke minst helseinstitusjonene og helseprofesjonene (Messel & Slagstad, 2014). Denne historiske koblingen er relatert til at kirken har et helse- og omsorgsoppdrag. Oppdraget går tilbake til kirkens utgangspunkt; til troen på at Gud er kjærlighet (1. Joh. 4,8), til tanken om at det enkelte menneske er skapt i Guds bilde (1. Mos. 1, 27), og ikke minst til Jesu liv og tjeneste som nettopp har fokus på de syke og de utstøtte. Helse- og omsorgsoppdraget har også sine røtter i nestekjærlighetsbudet (Matt. 22) og i den gylne regel (Matt. 7). Sistnevnte finner man varianter av i ulike religioner. Helt fra nytestamentlig tid, via klostervesenet og til i dag har kirken spilt en betydelig rolle i omsorgen for de syke og fattige, og sett det som en del av sitt oppdrag å dra omsorg for menneskers fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Sjelesorg (av tysk *seel-sorge* – omsorg for sjelen) er tradisjonelt forstått som å støtte, veilede, fremme helhet og forsoning i og mellom mennesker (Clebsch, 1964), og er en sentral del av dette oppdraget.



Sykehusprestyrket har fortsatt røttene sine i denne stolte delen av den kirkelige tradisjon. Samtidig har sykehusprestens selvforståelse i nyere tid, og særlig de siste 60 årene, funnet kilder også i eksistensfilosofi og psykodynamisk teori, samt i moderne vitenskaper som psykologi og sosialantropologi. Denne utvidelsen av sykehusprestyrkets kilder, som også avspeiler seg i formatet og innholdet på den pastoral-kliniske utdanningen (PKU), er relatert til at rollen i dag blir forstått som en profesjon på linje med andre helseprofesjoner, mer enn et trossamfunns forlengede diakonale arm (Slagstad, 2014, s. 598 ; Kirke og Helse, 2015, s. 42). Et spørsmål, relatert til denne utviklingen, og som vil bli diskutert i det følgende, er om ordet «sykehusprest» kommuniserer godt nok inn i dagens mer livssynsmangfoldige virkelighet, og om det fanger godt nok forståelsen av mennesket som åndelig – uavhengig av om det bekjenner seg til en bestemt tro eller religiøs tilhørighet.

### Livssynsåpen og forankret

I amerikansk kontekst, som på mange måter har vært viktig for utviklingen av sykehusprestyrket også i Norge (mange sykehusprester har tatt videreutdanningen sin i USA), stilte man seg nettopp dette spørsmålet for ca. 20 år siden. Her valgte man i sentrale organer, som i grunnlagsdokumentet for Association for Clinical Pastoral Education, og i White paper on Professional Chaplaincy (begge i 2001) å erstatte «pastoral care» med «spiritual care» (VandeCreek, 2001).

Samtidig beholdt man «chaplaincy», som riktignok har et kristent utgangspunkt, men som med tiden er blitt en benevnelse på en ordinert person som uavhengig av livssyn tjenestegjør i rammen av en institusjon, som sykehus, universitet, fengsel osv. På et sykehus i USA, i dets «department of spiritual care» vil man derfor kunne finne «chaplains» med ulik livssynsmessig tilknytning (jødisk, kristen, buddhistisk osv.). Vi tenker, som Stålsettutvalget, at «livssynsnøytral» er en utopisk posisjon. På samme måten som utvalgets rapport illustrerer faren med å operere med rene livssynskategorier, så kan det være underminerende på tjenestens kvalitet, i skinn av «livssynsnøytralitet», å løsrive åndelig-eksistensiell omsorg fra enhver felleskapstanke og enhver tilknytning. Implisitt i både «sykehusprest» og «chaplain» ligger nemlig en forpliktelse på et ordinasjonsløfte, en profesjonsetikk og dermed en kvalitetssikret rolle.

Frem til nå har forutsetningen for sykehuspresttjeneste vært gjennomført teologisk, praktisk-teologisk og pastoral-klinisk utdanning (PKU). Disse utdanningene skiller seg ut i det at de er erfaringsbaserte og refleksjonsorienterte utdanninger som finner sted i en klinisk kontekst. I tillegg inkluderer de, mer enn for eksempel videreutdanninger i psykoterapi, en prosess som skal stimulere et reflektert forhold til eget livssyn og hvordan man forholder seg aktivt og ansvarlig til dette i et sykehus. Godkjent PKU, eller tilsvarende, bør derfor fortsatt være en forutsetning for sykehuspresttjeneste i Helse Stavanger.



## Ikke bare en stillingstittel

«Sykehusprest» er et etablert begrep som peker mot en rolle med bestemte kvaliteter og funksjoner, slik «chaplain» har en tilsvarende symbolsk funksjon i den engelskspråklige delen av verden.

«Sykehusprest» er et symbol som for mange ledsages av andre og mer åpne konnotasjoner enn ordet «menighetsprest» gjør. Det er et mer åpent symbol som mennesker med ulik livssynsmessig tilknytning kan kjenne seg fortrolig med. På samme måte som det er vanskelig å tenke på et begrep som skulle kunne fange det «chaplain» representerer, er det også vanskelig å finne en fullgod begrepsmessig erstatter til «sykehusprest». Det handler ikke minst om to unike aspekter ved rollen, nemlig ritualiseringskompetansen og den særlige taushetsplikten.

## Ritualiseringskompetanse

Flere yrkesgrupper bidrar til eksistensiell omsorg i sitt daglige virke. Noe av det som er særegent for sykehusprest-tjenesten er den sammensatte kompetansen som gir forutsetninger for å møte en rekke ulike pasientgrupper og pasientsituasjoner, samt bidra med eksistensiell omsorg ved livets slutt, ved akutte kriser og ved kronisk sykdom. Dette er alle situasjoner hvor pasienter og pårørende kan oppleve at hverdagspråket kommer til kort og hvor det er behov for «synlige ord» som kan ramme inn situasjonen. Det er et behov som kan gjøre seg gjeldende uavhengig av livssynsmessig ståsted. Felles er at behovet møtes gjennom en situasjonelt og kontekstuet betinget ritualisering. Denne kompetansen, det å kunne være en veileder i hellighetssonen, er en forventning mange knytter til nettopp sykehusprestrollen og derfor også et argument for å beholde nettopp dette navnet på tjenesten.

## Passelig annerledes

Konstituerende for sykehusprestrollen er altså at den både er hjemme i helseforetaket, men også en fremmed i forhold til det. Den har røtter både på utsiden og på innsiden av det moderne helsevesenet. Dette skiller rollen både fra andre prestetjenester og fra annet helsepersonell. Nettopp i denne annerledesheten ligger dens særlige bidrag overfor pasienter, pårørende og ansatte. Annerledesheten er ikke uten bånd til sosiale kontekster utenfor klinikken, men, som allerede redegjort for, en henvendelse til sykehuspresten er ikke kun en henvendelse til et bestemt kirkesamfunns forlengede arm. Ordet «sykehusprest» bærer derfor i seg de beste ansatser til å kunne bli et paraplybegrep også i et mer livssynsåpent samfunn. Ordet representerer kontinuitet, samtidig som det allerede favner en ny virkelighet og understøtter på den måten sin egen berettigelse.



## Taushetsplikt

Taushetsplikt er en annen verdi som assosieres til «prest» og som dermed gjør benevnelsen til et symbol som oppleves meningsfullt også for mennesker med liten grad av religiøs tilknytning.

Prestens taushetsplikt er både teologisk, juridisk og relasjonelt begrunnet. Den er å regne som «samfunnets vern om tillitsforholdet mellom profesjonsutøverne og klientene som bruker disse tjenestene» (Leer-Salvesen, 2016, s. 124). Taushetsplikten bidrar til at personvernet sikres, at tilliten mellom den profesjonelle og den hjelpesøkende opprettholdes og til at asymmetrien i makt utjevnes, ettersom det er en understrekning av at personopplysninger er den enkeltes eiendom.

Sykehuspresten regnes ikke som helsepersonell, og kommer derfor ikke inn under helsepersonelloven, men kan forstås som «samarbeidende helsepersonell». Heri ligger kun en mulighet for å få opplysninger, men ikke en anledning til å gi videre opplysninger. Det betyr også at sykehuspresten ikke nødvendigvis kan påberope seg den opplysningsplikten som helsepersonelloven åpner for (lov av 2. juli 1999 nr. 64, § 36). Dette punktet i loven vil potensielt begrense også sykehusprestens taushetsplikt og åpne opp for en opplysningsplikt i visse situasjoner – dersom det er en åpenbar fare for liv eller helse.

## Fanebærer for den kliniske etikken

Kontinuerlig medisinsk utvikling og stadig strengere krav til prioritering stiller også økende krav til moralsk skjønn hos det enkelte helsepersonell (Norheim, 2014; Svenaeus, 2018). Klinisk-etisk refleksjon er derfor en nødvendig del av en fremtidig kulturbygging og organisasjonsutvikling i Helse Stavanger. Etisk refleksjon er kvalitetsarbeid som bidrar til å gjøre kompleks pasientbehandling helhetlig og gjennomsluktig, og bidrar til at flere perspektiver blir inkludert i beslutningsprosesser (McNaughton, 1991). Etikk er et arbeid *i felleskap for felleskapet* og balanserer dermed den ensomhet som kan ledsage roller med beslutningsansvar. Beslutningsprosesser preget av etisk refleksjon og flerperspektivitet understøtter god kommunikasjon og bidrar til at tilliten og omdømmet til helsetjenesten styrkes.

Prestetjenesten har over mange år hatt en særlig rolle i organisasjonens etikkarbeid, både gjennom mer konsulentpreget virksomhet på avdelingene, internundervisning overfor ansatte og pasienter i både somatikken og psykiatrien, og ved å inneha sekretærrollen i Klinisk etikkomite (KEK). Under internseminaret for Avdeling for Fag, Forskning og Undervisning (FFU) våren 2016 ble seksjonen utfordret av ledelsen til å gjøre denne delen av sin virksomhet mer eksplisitt ved at «etikk» ble inkludert i seksjonens navn. Etikk er et fellesanliggende for alle ansatte og alle deler av organisasjonen, og kan således ikke «eies» av noen bestemt avdeling. Like fullt forstår seksjonen det som del av sitt særlige mandat å bistå Helse Stavanger i å øke den klinisk-etiske bevissthet og



kompetanse i organisasjonen, og har derfor endret sitt navn til seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn.

## Oppsummering og utblikk

I et samfunn i endring, og et helsevesen i utvikling, kreves en løpende diskusjon om roller og funksjoner. Dette gjelder også sykehusprestens rolle og legitimitet. En slik samtale må ta i betraktning både det prinsipielle og det kontekstuelle og inkludere et bredt spekter av stemmer og perspektiver. Det er en slik drøfting som er forsøkt gjennomført på de foregående sidene.

Stålsettutvalgets sluttrapport (NOU 1:2013), med sin grundige diskusjon av overordnede perspektiver på tros- og livssynspolitik, var et naturlig utgangspunkt og bakteppe for drøftingen av spørsmål som relaterer seg til den helhetlige omsorgen i Helse Stavanger. Utvalgets tydelige understrekning av et livssynsåpent heller enn et livssynsnøytralt samfunn, samt påpekningen av helseinstitusjonenes ansvar for å legge til rette for livssynsbetjening, resonnerer med det som er posisjonen også i dette dokumentet. Det er her også anført hvordan denne posisjonen hviler på menneskerettslig grunn.

Flerperspektiviteten i drøftingen er ivaretatt gjennom innspill fra helsepersonell som samarbeider med seksjonen, fra forsknings- og utdanningsinstitusjoner, fra Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn og fra Klinisk etikkomite, Helse Stavanger. Det har vært lagt vekt på at personene som skulle uttale seg representerer en bredde hva gjelder faglig og livssynsmessig ståsted.

I dokumentet argumenteres det, slik det også ble gjort av respondenter i høringsrunden, for at «sykehusprest» er en tittel som bør videreføres. Det er fordi den ledsages av andre og mer åpne konnotasjoner enn «menighetsprest», samt fordi den fortsatt best fanger rollens unike karakterer, både det at den er hjemme og en fremmed blant helseprofesjonene. Siden tittelen kan oppleves fremmed for enkelte ligger det til seksjonen å kommunisere aktivt på hvilke måter «sykehusprest» fanger den bredden av funksjoner som ligger til rollen, samt at den representerer en livssynsåpen tjeneste for alle, uavhengig av livssyn.

Seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn har en integrert rolle og funksjon i Helse Stavanger. Gjennom eksistensiell omsorg, krisehåndtering, undervisning, veiledning, forskning og etikkarbeid bistår seksjonen organisasjonen i å nå sitt mål om å yte helhetlig omsorg. For at seksjonen skal fortsette å gjøre seg gjeldende på relevante måter kreves både kontinuitet og utvikling, og at verdidokumentets ansatser til begge deler legges til grunn for den videre strategiske satsingen. Fortsatt relevans krever en kontinuerlig vilje til å drøfte de spørsmålene av praktisk og prinsipiell karakter som måtte gjøre seg gjeldende i seksjonens virkeområder.



## Referanser

- Andersen, T., Thomsen, H., & Bøgeskov, T. (2005). *Reflekterende prosesser : samtaler og samtaler om samtalerne* (3. udg. [kapitlet "Et nyt gensyn med bogen - ti år efter" er oversat fra norsk af Tom Bøgeskov]. ed.). København: Dansk Psykologisk Forl.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health : how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th ed. ed.). New York: Oxford University Press.
- Buber, M., & Smith, R. G. (2004). *I and thou*. London: Continuum.
- Clebsch, W. A. J., Charles R. (1964). *Pastoral care in historical perspective*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Eide, S. B., Sævareid, H. I., Aasland, D. G., Grelland, H. H., & Kristiansen, A. (2008). *Til den andres beste : en bok om veiledningens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engedal, L. G. (2004). Utvikling av sjelesørgerisk kompetanse. *Tidsskrift for sjelesorg*, 2, 84-95.
- Figley, C. (1995). *Compassion Fatigue*. New York: Routledge.
- Förde, R., & Aasland, O. G. (2013). Moral distress and professional freedom of speech among doctors. *Moralsk stress og faglig ytringsfrihet blant leger*, 133(12-13).
- Gadamer, H.-G., & Holm-Hansen, L. (2010). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax.
- Grevbo, T. J. S. (2006). *Sjelesorgens vei: en veiviser i det sjelesørgeriske landskap - historisk og aktuelt*. Oslo: Luther Forlag.
- Hareide, D. (2011). *Hva er humanisme* (Vol. 41). Oslo: Universitetsforlaget.
- Heidegger, M. (2010). *On time and being*. Albany: State university of New York press.
- Holloway, M. (2006). Death the great leveller? Towards a transcultural spirituality of dying and bereavement. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 833-839. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01662.x
- Kirkerådet. (2015). *Kirke og Helse*. [https://kirken.no/globalassets/kirken.no/om-kirken/samfunnsansvar/diakoni/helse\\_kirke\\_hefte\\_2015.pdf](https://kirken.no/globalassets/kirken.no/om-kirken/samfunnsansvar/diakoni/helse_kirke_hefte_2015.pdf)
- Lavik, Marta Høyland (2013). "Palliative pasientars forhold til bibeltekstar" i *Omsorg: Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin* 4, 2013, 39-42.
- Lavik, Marta Høyland (2014). "Do Not Fear for I am With You": The Use of Isaiah 41:10 in Times of Incurable Illness" i *New Studies in the Book of Isaiah. Essays in Honor of Hallvard Hagelia*. Ed. by Markus Zehnder. New Jersey: Gorgias Press (2014) 157-181. (Perspectives on Hebrew Scriptures and Its Contexts; 21).





- Lavik, Marta Høyland (2015). "Forsvinn i Jesu navn!" – om sjukdom, bibelbruk og impulsar frå global trusteeologi" i *Levende religion. Globalt perspektiv – lokal praksis*. Ed. by A. Kalvig & A.R. Solevåg. Stavanger: Stavanger University Press, 2015, s. 192-210.
- Lavik, Marta Høyland & Braut, Geir Sverre (2016). "Tru og bibelbruk som meistring ved alvorleg sjukdom" i *Omsorg: Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin* 1, 2016, s. 15-19.
- Leer-Salvesen, K. (2016). På tilliten løs? En studie av læreres og presters skjønnsutøvelse i spenningen mellom taushetsplikt, meldeplikt og avvergeplikt. Doktorgradsavhandling. Universitetet i Agder.
- Lov av 21. mai 1999 nr 30: Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett Den europeiske menneskerettskonvensjon med protokoller (norsk oversettelse) - [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL_2)
- Lov om helsepersonell av 2.juli 1999 nr. 64. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov om helsepersonell](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov%20om%20helsepersonell)
- May, R. (1950). *The meaning of anxiety*. New York: Ronald Press Company.
- McNaughton, D. (1991). *Moral Vision: An Introduction to Ethics*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Messel, J., & Slagstad, R. (2014). *Profesjonshistorier*. Oslo: Pax.
- Moen, K. (2018). *Death at Work. Existential and Psychosocial perspectives on End-of-life care*. London: Palgrave macmillan
- Norheim, O. F. (2014). NOU2014:12. *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-12/id2076730/>
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: Norton.
- Presteforeningen. Profesjonsetikk for prester (2017) — <https://www.prest.no/wp-content/uploads/sites/3/2017/03/Profesjonsetikk-for-prester-vedtatt-mars-2017-just-mai-2017-1.pdf>.
- Ratcliffe, M. (2008). *Feelings of being: phenomenology, psychiatry and the sense of reality*. Oxford: Oxford University Press.
- Ricoeur, P. (1988). *Time and narrative* (Vol. 3). Chicago: University of Chicago.
- Rizzuto, A.-M. (1979). *The birth of the living God : a psychoanalytic study*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, C. R. (1965). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2013). *The developing practitioner : growth and stagnation of therapists and counselors*. New York and London: Routledge.
- Solevåg, Anna Rebecca & Lavik, Marta Høyland, "Helse på kvar side? Bibel, sjukdom og funksjonshemming", *Kirke & Kultur* 2 (2013) 150-163.



- Stålsett. (2013). *NOU2013 1. Det livssynsåpne samfunn — En helhetlig tros- og livssynspolitik*.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2013-1/id711212/>
- Svenaesus, F. (2018). *Phenomenological bioethics medical technologies, human suffering, and the meaning of being alive*. London/New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Taylor, C. (1989). *Sources of the self: the making of the modern identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tillich, P. (1951). *Systematic theology* (Vol. 1). Chicago: The University of Chicago press.
- Vachon, M. L. S. (2008). When professionals weep. *Mortality*, 13(3), 299-300.  
doi:10.1080/13576270701782951
- VandeCreek, L. B., Laurel (2001). A White Paper. Professional chaplaincy: its role and importance in healthcare. *Journal of Pastoral Care*, 55(1), 81-97.
- White, M. (2006). *Narrativ teori*: Hans Reizels forlag.
- Wyller, T., Ruyter, K. W., & Christoffersen, S. A. (2011). *Profesjonsetikk : om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Yalom, I. D. (1998). *The Yalom Reader: Selections from the work of a master therapist and storyteller*. New York: Basic Books.