

KAPITTEL 7

Sykehusprestens kryssende lojalitetsbånd: Et erfaringsperspektiv

Kjetil Moen Førsteamanuensis II, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger og sykehusprest/forsker, Avdeling for Fag, forskning og undervisning, Helse Stavanger

Abstract: The chapter explores links and tensions between the intersecting loyalties inherent in the chaplaincy role. The text elicits how the role as chaplain – being at the same time ordained by a community of faith and employed in a secular health organization – can be experienced, and perceived of as a «professional anomaly», an «ambiguous symbol», and as «oil or sand» in the health care organization. The author identifies how the explicit bonds of loyalty constituting the role at times can be in tension with more implicit commitments – such as the allegiance to the authenticity and integrity of both the patient and the chaplain. The text argues that because the chaplain is anchored both inside and outside the clinic – thus simultaneously «at home» and «a stranger» – the role carries unique and important qualities, called for in a modern health care system. In order for the role to be sufficiently different, yet not too divergent, in the mix of health care professions, the relationship between partly competing loyalties must be managed carefully, hermeneutically, and contextually.

Keywords: chaplaincy, phenomenology, anomaly, authenticity, ethics

En avdeling i psykisk helsevern hadde mistet en pasient i selvmord. Pasienten hadde vært lenge på avdelingen, og de ansatte satt igjen med sorg og krevende spørsmål. Avdelingslederen ba sykehuspresten om å legge til rette for en felles minnemarkering og fortalte samtidig at avdøde var uttalt ikke-religiøs, og at de ansatte hadde ulik livsynstilknytning. Det var viktig at samlingen avspeilet dette, og ikke ble oppfattet som en kristen seremoni.

Innledning

Forespørselen om å legge til rette for en minnemarkering er illustrerende for hvordan sykehuspresten i en livsynsmangfoldig kontekst forholder seg til delvis konkurrerende lojalitetsbånd – forventninger fra pasienter, pårørende og ansatte, og føringer fra henholdsvis arbeidsgiver og eget livssynsamfunn. Fokus i det følgende vil ikke primært være på innholdet i stillingsinstruksen eller ordinasjonsløftet, men på hvordan kryssende lojalitetsbånd aktualiseres i den kliniske hverdagen. Spørsmålet som søkes belyst, er hvordan rollens særlige konstituering – det at sykehuspresten på samme tid er «hjemme» og en «fremmed» i organisasjonen – påvirker hvordan rollen oppleves av yrkesutøveren selv.

Kapittelet har, som boken for øvrig, et fenomenologisk-hermeneutisk sikte (Braun & Clarke, 2013) og søker, med utgangspunkt i forfatterens egen erfaring som sykehusprest, og i dialog med relevant litteratur, å utforske og å forstå hvordan rollen, som en følge av kryssende lojaliteter, kan oppfattes og oppleves. Fokus vil særlig være på hvordan sykehuspresten kan forstås som en «faglig anomali», et «flertydig symbol», og som «olje eller sand» i virksomheten, og hvordan alt det nevnte kan aktualisere spenninger i yrkesutøveren, ikke minst til det båndet som i mindre grad er formalisert – sykehusprestens egen autenticitet og integritet.

Den fenomenologisk-hermeneutiske tilnærmingen innebærer at erfarte spenninger og tilknytninger mellom kryssende lojalitetsbånd forstås i lys av den konteksten de fremstår i, men også hvordan det som skjer på mikro-nivå – i den enkelte yrkesutøver og det enkelte pasientmøte – er påvirket av diskurser og diskusjoner på meso- og makronivå (Braun & Clarke, 2013). Diskusjonen gjør bruk av et eklektisk utvalg av teoretiske perspektiver for å komme til rette med problemstillingene uten at det går i dybden på noen av fagtradisjonene de representerer. Teksten er slik på ingen måte

uttømmende, men er et forsøk på å vise hvordan både eksistensielle og kontekstuelle betingelser samtidig kan virke inn på sykehusprestens opplevelse av kryssende lojalitetsbånd, hvor det viktigste er båndet til pasienten.

Sykehuspresten – en faglig anomali?

Et sentralt premiss for sykehusprestrollen er at kortere eller lengre opphold på sykehus – somatisk eller psykiatrisk – gjerne ledsages av dype livsspørsmål som det kan settes ord på, og eksistensielle følelser som avmakt, ensomhet og angst som det er vanskeligere å artikulere (Ratcliffe, 2008). Begge deler kan ha innvirkning på helse, smerteopplevelse og behandlingsforløp. Ansvarlig helsehjelp skal derfor være helhetlig og ta i betraktning ikke kun pasienters fysiske, men også psykiske, sosiale og åndelig-eksistensielle behov, noe som gjør det naturlig og nødvendig å inkludere livssynskompetanse i helsetjenesten (Frøkedal, 2020; Giske & Cone, 2019; Nordhelle & Danbolt, 2012; Søberg et al., 2023).

En spenning mellom lojalitetsbåndene kan oppstå dersom åndelig-eksistensiell omsorg forstås – i helseforetaket eller i trossamfunnet – som livssynsbetjening i for snever forstand, med en vektlegging av religiøse gruppers praksis heller enn individers erfaringer (NOU 2013: 1, s. 168ff). Sykehuspresten står da i fare for å bli redusert til seremonimester og representant for en livssynsgruppe, og åndelig-eksistensiell omsorg til noe som kun angår de få. Oppdraget i en livssynsmangfoldig kontekst er i praksis betydelig bredere og dypere, nemlig å bidra til at den enkelte pasient, pårørende og ansatte som ønsker det – uavhengig av tilhørighet og på egne premisser – kan utforske de livssynsmessige ressurser og utfordringer som blir aktualisert i møte med egen eller andres lidelse.

I møte med den kliniske virkeligheten blir eksistensielle spørsmåls biografiske og sosiale betingelser tydeliggjort – at livshistorie og troshistorie står i et dynamisk forhold til hverandre (Rizzuto, 1979), men også noen ganger i et spenningsforhold til organisert livssyn. Det kan argumenteres for at sykehuspresten har et særlig lojalitetsbånd til pasienten, noe som kommer til uttrykk blant annet gjennom taushetsplikten, men også av sykehusprestens kjerneoppdrag som består i å gi rom – i dypeste forstand – for den enkelte.

Sentralt for vår diskusjon er at det sterke lojalitetsbåndet til konfidenten innebærer at sykehuspresten ikke utelukkende kan forstås som et livssynssamfunns forlengede arm, eller som en del av helseforetakets

behandlingsteam, noe som innebærer at rollen har en tvetydighet som gjør at den i begge sammenhenger kan oppleves som vanskelig å plassere og derfor kan bli oppfattet som en anomali – en kategori som ikke passer helt inn. Relatert til dyreverdenen er anomalier forstått som vanskelig kategoriserbare fordi de har attributter fra forskjellige arter, noe som på den ene siden kan gjøre dem farlige og uspiselige, og på den andre siden særlig meningsbærende, også i rituelle situasjoner. På liknende vis kan personer som utfordrer kulturelt aksepterte kategorier og skillelinjer, oppfattes som sosiale anomalier (Douglas, 2003).

Man kan tenke seg at sykehusprestrollen er bærer av flere anomale trekk. Det å arbeide med døden i et samfunn som delvis fornekker den – en situasjon sykehuspresten for øvrig deler med flere yrkesgrupper – kan påføre rollen en tvetydighet, ettersom den kan assosieres både med de levende og de døde, noe som kan gjøre sykehuspresten både «farlig» og «meningsbærende» (Moen, 2018). Videre, og også relevant for vår diskusjon, kan det at man har en bestemt konfesjonell tilknytning, i et sekulært og livssynsmangfoldig helseforetak, representere en «scandal of particularity» (Newbigin, 1989). Det er et inntrykk som forsterkes i situasjoner hvor det forventes en nedtoning av den konfesjonelle tilknytningen, slik som i bestillingen av det livssynsåpne minnesamværet nevnt helt innledningsvis.

Anomale trekk kan, som vist over, være kulturelt betinget, men de kan også være selvpåført – relatert til måten yrkesutøveren fyller rollen på. Dersom sykehuspresten fastholder sin egenart gjennom å insistere på for eksempel et religiøst språk ut fra en form for lojalitetstenkning til eget livssyn kan det forsterke inntrykket av at eksistensiell omsorg må ikles en bestemt språkdrakt, som i en livssynsåpen kontekst kan oppfattes som en form for livssynskolonialisme (Keskinen et al., 2016). Ved å gå motsatt vei, og oppgi sin annerledeshet ved for eksempel utelukkende å lene seg mot andre fags språk, er faren at sykehuspresten blir for lite annerledes, mister sin meningsbærende funksjon, oppleves irrelevant og av den grunn uten en for stor risiko også kan fjernes fra både den faglige samtalen og organisasjonskartet. Det er derfor avgjørende at rollen blir oppfattet som en anomali av de riktige årsakene, og ikke på måter som står i veien for dens komplementære og kritiske funksjon.

Sykehusprestrollens anomale trekk kan gi økt legitimitet hos andre faggrupper. En psykiater med lang erfaring satte ord på dette da han hevdet at jeg var «den siste terapeut». Med det mente han at min rolle som sykehusprest tilbyr det som behandlerrollen til dels har mistet i et stadig travlere

og målstyrt helsevesen, nemlig det at pasienten kan snakke fritt og på egne premisser i et taushetsbelagt rom innenfor en romslig tidsramme. Til forskjell fra møtene med behandlingsteamet er møtet med sykehuspresten diagnosefritt og blir, de fleste steder, ikke journalført. Mange pasienter og ansatte jeg møter, rapporterer at denne dimensjonen av rollen har stor betydning, da den i større grad gir pasienten rom for å være et eksistensielt erfarende subjekt og ikke utelukkende et behandlingsobjekt.

Erkjennelsen av eksistensiell omsorg som en sentral del av helsetjenestens virksomhet kan tale for at sykehuspresten burde vært en tydeligere del av det tverrfaglige teamet og de løpende behandlingssamtalene. Den tanken blir umiddelbart utfordret av den sterke taushetsplikten som er knyttet til rollen og rammet inn av lovgivningen, ikke minst § 211 i straffeloven (2005, sist endret 2022). 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 asymmetrien i makt utjevnes, ettersom det er en understrekning av at personopplysninger er den enkeltes eiendom. Den understreker også rollens anomale funksjon og styrker lojalitetsbåndet mellom pasient og sykehusprest.

Samtidig er prestens taushetsplikt de senere år blitt problematisert og noe relativisert gjennom en understrekning av situasjoner som kan aktualisere avvergeplikten (Leer-Salvesen, 2016). Et annet spørsmål er om taushetsplikten, paradoksalt nok, også kan virke underminerende på lojalitetsbåndet til pasienten gjennom å vanskeliggjøre et annet av anomaliers mulige bidrag, nemlig at rollen – i kraft av at den står på passelig avstand – er i posisjon til å bidra med et kritisk utenfraperspektiv på delvis lukkede virksomheter.

Olje eller sand i maskineriet?

Et sykehus, og kanskje særlig et psykiatrisk sykehus, kan anta form av en «totalinstitusjon», hvor dørene er låst, behandlingspersonalet snakker det samme språket og skriver i den samme journalen (Goffman, 1968). I slike, og liknende kontekster, kan det etableres «falske selvfølgheter» som har et skinn av naturlighet (Barthes et al., 2002). De etableres gjennom en gjentakende og insisterende bruk av argumenter – uten at disse møter

motstand. En slik institusjon kan ta preg av et «maskineri», hvor både pasienter og ansatte kan oppleve seg som avmektige brikker i «produksjonslinjen». Sykehuspresten kan spille en rolle, eller utspille sin rolle, både som olje og sand i et slikt «maskineri».

Mitt møte med Eva kan her tjene som et anonymisert eksempel. Eva hadde gjennom livet vært den som førte ordet, og en som folk gjerne lyttet til. Nå var hun i livets høst, plutselig tvangsinnlagt i psykisk helsevern, og opplevde seg ensom, misforstått og forulempet av både sine nærmeste og systemet. Hun spurte om å få snakke med sykehuspresten – for å få sorteringshjelp, men også med håp om at presten kunne være hennes stemme der hun selv ikke nådde frem. Jeg gjorde Eva oppmerksom på mitt begrensede mandat, og at jeg ikke hadde behandleransvar. Hun opplevde min grenseoppgang som unnfalighet, og med stor indignasjon og dirrende stemme viste hun til mitt «moralske ansvar til å forfølge urett og gjøre det som står i din makt når et annet menneskes skjebne står på spill».

Det er nødvendig å la seg forstyrre av urett, og kunnskap forplikter. Å bidra med sand i maskineriet gjennom å stille spørsmål kan derfor være del av sykehusprestrollen og en måte å anerkjenne lojalitetsbåndet til pasienten på. I virksomheter som står i mediens kryssild – som psykiatrien jo ofte gjør – så kan man være særlig sensitiv til det som kan oppleves som intern illojalitet, eller at de som problematiserer deler av virksomheten, ikke har satt seg skikkelig inn i den. Som sykehusprest må man derfor vokte seg for den bedrevitenheten som den kan koste på seg som ikke kjenner kompleksiteten i en sak.

Sykehuspresten er ofte «gjest» og må bli invitert inn både til pasienters rom og til faglig samarbeid. Andre ganger må man tydeligere ta rollen som «vert» – initiere kontakt, invitere berørte parter og lede samtaler. Ikke sjelden er man både «gjest» og «vert» i samme situasjon, noe som innebærer en erkjennelse av at det er den andres rom og samtidig en vilje til «å ta rommet», når det trengs. Ikke trå mennesker for nær, men samtidig være tydelig nok til stede slik at ens nærvær ikke må tolkes. I alle tilfeller er en ikke-vitende holdning (Anderson, 2003) – hvor man tar høyde for at man ikke kjenner en person eller sak fullt ut, men stadig må gjøre seg kjent med hvordan den andre forstår situasjonen – både saksvarende og det som tjener saken best.

Alt dette ble aktualisert etter at jeg måtte gi Eva rett i at min innsikt i hennes situasjon forpliktet meg til å handle. Jeg tok kontakt med hennes behandler, understreket min ikke-vitende posisjon, men målbar samtidig

min uro om grunnlaget for tvang var tilstrekkelig til stede. Etter Evas ønske inviterte jeg så til en felles samtale, hvor min rolle var å sikre at begge parter opplevde seg hørt, og som derfor gav mulighet for en litt annen dialog mellom de to.

Sykehuspresten har ved flere norske sykehus en rolle i det å legge til rette for etisk refleksjon, gjerne gjennom undervisning, eller som en del av en klinisk etikk-komité (Førde & Pedersen, 2011). Det finnes også andre måter å bidra til kritisk ettertenksomhet på, for eksempel gjennom å lede refleksjonsgrupper hvor ansatte i et trygt rom kan reflektere over egen praksis og selv sette spørsmålsteget ved «selvfølgeligheter». At sykehuspresten både er «hjemme» og «fremmed», og dermed passelig annerledes, blir gjerne anført av gruppedeltakerne selv som en forutsetning for å kunne ha en erfaringsbasert samtale om praksis. Undervisning kan også være en måte å strø sand i maskineriet på – å skape ettertenksomhet rundt praksis.

Samtidig kan nettopp etikkundervisning – i alle fall i den grad den innebærer at man fjerner seg fra det konkrete og urovekkende til det generelle og ufarlige – tvert imot bidra til å olje uheldig praksis slik at den blir enda bedre. Det skjer dersom foretaket bruker undervisningen til å huke av for at etikken er ivaretatt, og derfor ikke stimulerer etisk refleksjon i nøkkelprosesser, eller på andre måter tydelig kommuniserer at den ønsker velkommen en løpende verdibasert samtale.

Å ta på seg rollen som «sand» i maskineriet kan virke underminerende på den kanskje mest grunnleggende kampen det enkelte menneske kjemper – spesialprester inkludert – nemlig kampen for anerkjennelse (Honneth, 1995). Felles menneskelige behov gjør seg også gjeldende i den profesjonelle hjelperen – behov for å bli likt, være flink, for at noen trenger en (Holm, 2005, s. 40). Dette er grunnleggende behov som gjør seg gjeldende uavhengig om man har legefrakk eller prestekjole på seg.

Mennesket er et sosialt vesen og lever ikke kun av brød, men fra vugge til grav av små anerkjennende gester – smil, nikk og håndtrykk, bekræftelser som merkes sterkest i sitt fravær. Når de uteblir, kan gestene være det som skiller de levende fra de levende døde (Honneth & Margalit, 2001). Det å posisjonere seg på måter som gjør at man kan bli oppfattet som for annerledes, for eksempel gjennom å strø sand i maskineriet, kan bli møtt med at andre holder tilbake anerkjennende gester, noe som igjen kan oppleves som eksistensielt truende, også for en sykehusprest.

Et selvrefleksivt spørsmål som derfor kontinuerlig må stilles i alle yrkesroller, hvor man på mange måter er avhengig av å bli likt for å bli brukt,

er hvor mye av det man gjør som handler om egne grunnleggende behov, som de nettopp nevnte, heller enn saken. I situasjoner hvor man opplever seg misforstått eller underkjent kan det være nødvendig å minne seg selv om at ubehag, også det som er knyttet til spenning mellom ulike lojalitetsbånd, i seg selv ikke er indikasjon på noe negativt, men tvert imot kan være en indikator på at noe av det man ønsker å verne om, står på spill: sannhet, åpenhet, tillit og respekt. Og videre – at dersom jeg som sykehusprest i en «totalinstitusjon» sjelden eller aldri opplever noe som ubehagelig, kan spørre meg selv om det er enkelte lojalitetsbånd som er blitt for slappe. I andre tilfeller skal ubehaget tolkes nettopp som en varsel-lampe, da lojalitetsbånd kan bli strukket for langt som følge av uklare eller urimelige rolleforventninger – en problemstilling som kan ledsage det å være et flertydig symbol.

Et flertydig symbol?

Sykehusprestrollen er et yrke som vekker ulike assosiasjoner og får forskjellige forventninger projisert mot seg alt etter bakgrunn og tilhørighet hos den som ønsker kontakt – kanskje i enda større grad enn andre «ladete» yrkestitler, som for eksempel psykolog, psykiater og kreftlege (Brady et al., 2021; Lindholm, 2018). Rituelle og symbolske handlinger som sykehuspresten forvalter, er flertydige (Danbolt et al., 2014, s. 203ff; Salomonsen, 1999), men også selve prestetittelen er flertydig og vil kunne være meningsbærende på såpass ulike måter at det gir mening å benevne den som et flertydig symbol (Turner et al., 1975).

Hva rollen representerer, for hvem, og når, er ikke noe som utelukkende defineres av ordinasjonsløftet eller stillingsinstruksen, men må avklares ut fra situasjon og kontekst. Minnestunden etter selvmordet krevde en nedtoning av det partikulære ved rollen, mens andre ganger er det motsatt – som når ønsket er at man lyser velsignelsen eller ber et Fader Vår. Symbolets åpenhet og flertydighet gir forutsetninger for å kunne bidra med eksistensiell omsorg i et sosialt mikrokosmos som et sykehus, hvor ansatte, pasienter og pårørende representerer et mangfold med hensyn til livssyn og kulturell bakgrunn.

Det er samtidig viktig at sykehuspresten for ikke å bli annektert av enhver forventning, har en egen faglig begrunnelse for å forholde seg hermeneutisk, kontekstuellet og med integritet til symbolets flertydighet og lojalitetsbåndenes elastisitet. Som kristen prest vil skapelsesteologi, hvor

vekten ligger på de livsfenomener og grunnvilkår som alle mennesker deler – på det som knytter sammen heller enn på det som skiller, være et perspektiv som inviterer til en fenomenologisk tilnærming og en utforskning av hvordan den andre erfarer og forstår sitt liv. Et hovedpremiss i en konfidentorientert sjelesorg, som ligger til grunn for pastoralklinisk virksomhet, er videre å holde tilbake sitt eget for å gi rom for den andres – inspirert av hvordan Jesus selv møtte mennesker (Grevbo, 2006). Premisset understøtter en fenomenologisk tilnærming, og inviterer til en «metodisk relativisme», som ikke betyr å oppgi sine verdier, men å holde tilbake egne verdidommer for å kunne forstå den andres – «the native's point of view» (Geertz, 1974).

Det er et etisk anliggende å avklare om sykehuspresten blir oppfattet som for annerledes eller passe annerledes i den aktuelle situasjonen. Etikken blir særlig påtrengende i situasjoner hvor pasient og pårørende ikke selv har etterspurt tjenesten, eller er i posisjon til å gi uttrykk for sin oppfatning og sine ønsker. Da vil autonomien – den enkeltes selvråderett – potensielt være truet (Beauchamp & Childress, 2013). Pårørendeoppfølging i etterkant av ulykker og plutselig død, hvor vakt-havende sykehusprest blir tilkalt, kan være en situasjon hvor det nettopp kan være vanskelig i forkant å avklare om sykehuspresten er for annerledes eller passe annerledes. Selv om erfaring tilsier at det er skuldrene og ikke «rullegardinene» som går ned hos pårørende og etterlatte, samt at man bør være tilbakeholden med å sette kriserammede mennesker i en situasjon hvor de må ta stilling, bør helsepersonell som henviser til sykehusprest, som en regel, alltid informere om tilbudet på en måte som understøtter muligheten til å takke nei.

Også i andre situasjoner, men av helt andre grunner, kan det å avklare hva man representerer for den andre, være særlig viktig. Dersom sykehuspresten for eksempel blir bedt om å forrette nattverd i løpet av en samtale der pasienten samtidig gir uttrykk for et ønske om å ta livet sitt, gir det grunn til forbeholdenhet. Forespørselen kan da forstås som en bevisst eller ubevisst søknad til «gudsrepresentanten» om en autorisering av selvmordet, hvor nattverden er tenkt som det siste måltid. Det kan da være krevende, men helt nødvendig, å avslå bestillingen, uten samtidig å sette pasienten i forlegenhet. Usikkerhet knyttet til om man i en gitt situasjon representerer en positiv eller negativ forskjell, vil slik også kunne påføre yrkesutøveren moralsk stress (Førde & Aasland, 2013), noe som er ytterligere en grunn til å avklare hva rollen representerer for den andre, og hva man selv kjenner

seg forpliktet på – innsikter som ikke nødvendigvis for noen av partene er umiddelbart tilgjengelig.

Autentisitet og ambivalens

Det å forholde seg til kryssende lojalitetsbånd kan innebære å være gjenstand for projiseringer som man ikke kjenner seg hjemme i, noe som på en ubehagelig måte kan støte an mot egne verdier og autentisitetskrav (Heidegger, 2010; Moen, 2018). Sykehusprestrollen innebærer noen ganger at man underkommuniserer sitt eget og fremstår tilsynelatende aksepterende, og mulig legitimerende, overfor noe man egentlig ikke identifiserer seg med.

Når enkeltmøter avfører ubehag, spenninger og ambivalens, kan det delvis skrives på kontoen for «overføring» og «motoverføring» (Johnson & Katz, 2006), og at den andres situasjon aktualiserer ubearbejdede deler av yrkesutøverens egen historie. Ubegagget kan også være relatert til at man møter og blir forventet å bekrefte, eller kan bli tatt til inntekt for, måter å snakke om tro og liv på som det er vanskelig å identifisere seg med. Spenningen ligger da mellom det som både ordinasjonsløftet og ansettelsen forplikter til – det å dra omsorg for den enkelte på dennes premisser, og på den andre siden sykehusprestens eget behov for å være autentisk til stede, til ikke å late som om man er en annen, til ikke å være en ryggradsløs kameleon, eller bli oppfattet som en.

Ambivalensen kan særlig aktualiseres når sykehuspresten møter mennesker, troende og ikke-troende, for hvem det å tro i stor grad fremstår som å slutte seg til et bestemt meningsinnhold. For noen vil det da bli påtrengende viktig å vite hvor sykehuspresten står i bestemte dogmatiske og etiske spørsmål – som pasienten som ikke kunne motta nattverd når vedkommende ble kjent med sykehusprestens holdning i et samlivsetisk spørsmål. Å imøtekomme ethvert krav om selvavsløring, eller å dra fokuset mot prestens private meninger, er ikke faglig forsvarlig, men det er samtidig situasjoner hvor det å svare ærlig på pasientens spørsmål om personlige anliggender er et både etisk og terapeutisk imperativ (Geller, 2003). Det kan være situasjoner hvor pasientens integritet og autonomi står på spill, som i nattverdeksempelet over.

Ønsket om å være autentisk til stede kan forstås som et eksistensielt grunnvilkår (Heidegger, 2010), som særlig vektlegges i vår individualistiske kulturs fokus på selvrealisering. Det balanseres samtidig av et annet

grunnleggende premiss, nemlig at det sosiale livet er strukturert slik at mennesker, gjerne i løpet av samme dag, går ut og inn av ulike roller (Goffman, 1974). I en forstand er da inautentisitet noe som med nødvendighet ledsager det å være en sosial aktør. Å ikke umiddelbart redusere symbolets mangetydighet i møte med projeksjonenes ubehag hviler også på en forståelse av at under det som på overflaten gjerne kommer til uttrykk som rigide meninger og forestillinger, kan det skjule seg en sårbarhet og et dypere behov, ikke for en meningsbryter, men en «container» – et trygt sted å fordøye krevende emosjonelle erfaringer (Bion, 1962/1994).

I møte med projeksjoner man ikke kjenner seg «hjemme» i, men står i fare for å bli tatt til inntekt for, kan den umiddelbare og naturlige impulsen være å bruke sin ytringsfrihet og vise sitt sanne jeg. Risikoen er at man gjør rollen mindre flertydig og seg selv og den andre mer sårbar. Profesjonaliteten henger ikke på om man sier sin mening eller ikke, men at man har en faglig begrunnelse for sin eventuelle selvavsløring. Her vil både ordinasjonsløftet og stillingsinstruksjonen – de formaliserte lojalitetsbåndene – legge til rette for en «avgrenset sjenerøsitet» (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016, s. 187), som er særlig viktig for å kunne stå i profesjonelle sammenhenger hvor det er en sterk appell til at yrkesutøveren skal være personlig engasjert.

Autentisitetsspørsmålet kan også aktualiseres av tilsynelatende positive projiseringer når sykehuspresten og andre yrkesgrupper som er tett på stigmatiserte grupper og individer, blir regnet som «vise personer» og gjerne tillagt kvaliteter som plasserer dem i kategori med helter og helgener (Goffman, 1968, s. 41). «Hvordan klarer du å stå i den jobben? Jeg hadde aldri klart det!». Ord som umiddelbart kan oppleves smigrende, men som, dersom man kjøper premisset de hviler på – at man skulle være noe annet enn et vanlig menneske – er fremmedgjørende og kan gjøre det vanskeligere å vise sårbarhet og erkjenne feil, noe som igjen er en trussel mot både kvaliteten i pasientarbeidet og arbeidshelsen til yrkesutøveren.

Avslutning og utblikk

Tilbakemeldingen fra ansatte som hadde mistet en pasient i selvmord, var at den livsytelsesopne samlingen opplevdes meningsfull, passelig annerledes og burde være et tilbud til andre i klinikken som opplever å miste en pasient på krevende vis – for «vi har ikke denne type rom». Sykehusprestrollens særlige bidrag i den situasjonen, og overfor pasienter, pårørende og ansatte

generelt, er erfaringsmessig, og som forsøkt vist i dette kapittelet, delvis betinget av at man på samme tid både er «hjemme» og en «fremmed» – at man har ulike lojalitetsbånd, og slik er forankret både på innsiden og utsiden av klinikken – og derfor kan tilby rom som er passe annerledes.

For å forbli passe annerledes, og samtidig ivareta egen og andres integritet, kreves at forholdet mellom lojalitetsbåndene håndteres varsomt, hermeneutisk, og i lys av situasjonen. Det er også viktig å forstå eventuelle lojalitetskonflikter i et utvidet kontekstuellet perspektiv gjennom å ta i betraktning hvordan også diskusjoner og diskurser på samfunnsnivå – om autonomi og autentisitet, men også om konfesjonell tilhørighet og livssynsåpenhet – gjør seg gjeldende på mikronivå og treffer yrkesutøveren. Dette er underbelyst og krever mer forskning.

Å forvalte rollen som faglig anomali og flertydig objekt er emosjonelt arbeid som kan etterlate yrkesutøveren med ambivalens og moralsk stress. Det er derfor viktig at det er et forskningsfokus på yrkesutøvelse som aktualiserer lojalitetskonflikter, samt at det i klinikken tilbys refleksjonsrom hvor den enkelte kan utforske indre og ytre spenninger relatert til disse, ettersom kryssende lojalitetsbånd kan virke understøttende eller underminerende på både kvaliteten i pasientarbeidet og arbeidshelsen til yrkesutøveren.

Referanser

- Anderson, H. (2003). *Samtale, sprog og terapi: Et postmoderne perspektiv*.
- Barthes, R., Lending, M. & Eggen, E. (2002). *Mytologier*. De norske bokklubbene.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7. utg.). Oxford University Press.
- Bion, W. R. (1994). *Learning from experience*. Jason Aronson. (Opprinnelig utgitt 1962).
- Brady, V., Timmins, F., Caldeira, S., Naughton, M. T., McCarthy, A. & Pesut, B. (2021). Supporting diversity in person-centred care: The role of healthcare chaplains. *Nursing Ethics*, 28(6), 935–950. <https://doi.org/10.1177/0969733020981746>
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: a practical guide for beginners*. Sage.
- Danbolt, L. J., Engedal, L. G., Hestad, K., Lien, L. & Stifoss-Hanssen, H. (Red.). (2014). *Religionspsykologi*. Gyldendal Akademisk.
- Douglas, M. (2003). *Purity and danger: an analysis of concept of pollution and taboo*. Routledge.
- Frøkedal, H. (2020). *Existential groups led by healthcare chaplains within Norwegian specialist mental health services. Patient and interdisciplinary perspectives*. [doktorgradsavhandling]. VID vitenskapelige høyskole.
- Førde, R. & Pedersen, R. (2011). Clinical ethics committees in Norway: What do they do, and does it make a difference? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 20(3), 389–395. <https://doi.org/10.1017/S096318011000077>
- Førde, R. & Aasland, O. G. (2013). Moralsk stress og faglig ytringsfrihet blant leger. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 133(12/13), 1310–1314. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1385>

- Geertz, C. (1974). «From the native's point of view»: On the nature of anthropological understanding. *Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences*, 28(1), 26–45. <https://doi.org/10.2307/3822971>
- Geller, J. D. (2003). Self-disclosure in psychoanalytic-existential therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59(5), 541–554. <https://doi.org/10.1002/jclp.10158>
- Giske, T. & Cone, P. H. (2019). *Å ta vare på heile mennesket: handbok i åndeleg omsorg*. Samlaget.
- Goffman, E. (1968). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Penguin.
- Goffman, E. (1974). *Vårt rollespill til daglig: en studie i hverdagslivets dramatik*. Dreyer: I kommission hos Ejlers.
- Grevbo, T. J. S. (2006). *Sjelsorgens vei: en veiviser i det sjelsørgiske landskap – historisk og aktuelt*. Luther Forlag. <https://books.google.no/books?id=eb8xNQAACAAJ>
- Heidegger, M. (2010). *On time and being*. State university of New York press.
- Holm, U. (2005). *Empati*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Honneth, A. (1995). *The struggle for recognition: the moral grammar of social conflicts*. Polity Press.
- Honneth, A. & Margalit, A. (2001). Recognition. *Proceedings of the Aristotelian Society, Supplementary Volumes*, 75, 111–139. <http://www.jstor.org/stable/4107035>
- Johnson, T. A. & Katz, R. S. (2006). *When professionals weep: emotional and countertransference responses in end-of-life care*. Routledge.
- Keskinen, S., Tuori, S., Irni, S. & Mulinari, D. (2016). *Complying With colonialism: Gender, race and ethnicity in the Nordic region*. Taylor & Francis. <https://books.google.no/books?id=gUs3DAAAQBAJ>
- 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.
- Lindholm, K. (2018). Handling challenges inherent in the hospice chaplain role. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 24(4), 131–150. <https://doi.org/10.1080/08854726.2017.1373055>
- Moen, K. (2018). *Death at work: Existential and psychosocial perspectives on end-of-life care*. Springer International Publishing: Imprint: Palgrave Macmillan.
- Newbiggin, L. (1989). *The Gospel in a pluralist society*. W. B. Eerdmans. <https://books.google.no/books?id=q6tEnRYaHI8C>
- Nordhelle, G. & Danbolt, T. F. (2012). *Åndelighet – mening og tro: utfordringer i profesjonell praksis*. Gyldendal akademisk.
- NOU 2013: 1. (2013). *Det livssynsåpne samfunn. En helhetlig tros- og livssynspolitikk*. Kulturdepartementet.
- Ratcliffe, M. (2008). *Feelings of being: phenomenology, psychiatry and the sense of reality*. Oxford University Press. <https://books.google.no/books?id=ni0lAQAAIAAJ>
- Rizzuto, A.-M. (1979). *The birth of the living God: a psychoanalytic study*. University of Chicago Press.
- Salomonsen, J. (1999). *Riter: religiøse overgangsritualer i vår tid*. Pax.
- Skovholt, T. M. & Trotter-Mathison, M. (2016). *The resilient practitioner: Burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions*. Routledge.
- Straffeloven (2005, sist endret 2022). *Lov om straff* [LOV-2005-05-20-28, sist endret LOV-2022-06-22-83]. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>
- Søberg, A. I. B., Danbolt, L. J., Sørensen, T. & Haug, S. H. K. (2023). Patients at risk of suicide and their meaning in life experiences. *Archive for the psychology of religion*, 45(1), 85–103. <https://doi.org/10.1177/00846724221137620>
- Turner, V., Turner, V. W. & Muse, P. (1975). *Dramas, fields, and metaphors: Symbolic action in human society*. Cornell University Press. <https://books.google.no/books?id=OMMvhXCl8TkC>