

# «Og så er pårørendestøtten på vei, sykehuspresten». Krisehåndtering i det livssynsåpne rom: gjennomtenkning av en praksis

**Helge Hansen** Sykehusprest Helse Stavanger HF, Stavanger universitetssjukehus

**Abstract:** In many Norwegian hospitals, the chaplain provides support for next-of-kin in acute and emergency situations, such as following a car-accident or a heart-attack. In this chapter the author discusses whether the chaplain's relation to a particular denomination offers a way, or gets in the way, for providing best care for next of kin in acute emergencies? Is such a bond a hindrance for the hospital chaplain in how they can inhabit their role as support for next-of-kin in the emergency room, where he or she will meet a plethora of faiths and worldviews? The chapter pursues this question and also discusses a related and more fundamental one, namely which type of competencies are required to meet people in crisis. The author concludes that it is not the hospital chaplain's confessional bonds which are primarily called for in this context, but his or her relational competence and ability to provide existential care regardless of the faith of those the chaplain is to support during an emergency situation.

An open understanding of the role such as this, gives the hospital chaplain particular prerequisites to be emergency contact support and to have legitimacy also in a plurality of worldviews.

**Keywords:** chaplaincy, existential care, pluralism, hospital context, crisis management

## Konfesjonell prest i livssynsåpent landskap

*Det er sen kveld, og jeg har vakttelefonen for sykehusprestene. Det ringer fra akuttmottaket. De vil at sykehuspresten skal komme. Det er skjedd en ulykke, flere pårørende er på vei inn, og mottaket trenger at sykehuspresten kommer. «Kan du komme nå?» spør de. Jeg pakker sekken og drar opp til sykehuset. Når jeg kommer til akuttmottaket, henvender jeg meg til vaktleder, som raskt setter meg inn i hendelsen. Sammen går ansvarlig lege og jeg bort til pårønderommet og møter de pårørende til den forulykkede pasienten. Legen fører ordet og presenterer seg, og forteller at, til tross for stor innsats, sto livet dessverre ikke til å redde. Og så sier hun henvendt til meg: «Og så har vi pårørendestøtte og sykehusprest, han vil være med dere mens dere er her på sykehuset.» Legen drar, og familien begynner å snakke om hendelsen. Jeg lytter, henter kaffe og juice, vi snakker sammen, er stille. Etter en tid kommer sykepleier og sier at avdøde nå er stelt. Nå er syningsrommet åpent for at pårørende kan gå inn og være med den avdøde. Sammen går vi inn.*

*Etter en tid går vi ut fra syningsrommet og inn igjen i pårønderommet. De pårørende ønsker å snakke om begravelsen og trenger informasjon. «Jeg trenger å få kunnskap», sier den ene. «Det hjelper mot kaos. Jeg må vite hva som venter meg nå i de neste dagene, og hva jeg må gjøre. Kan du si meg hva jeg må gjøre nå de neste dagene?»<sup>1</sup>*

Hvordan kan en konfesjonell prest i Den norske kirke ha rollen som pårørendestøtte, når konteksten er preget av livssynsmangfold? Er det ikke prinsipielt problematisk at mennesker i krise kan møte en ansatt som, for dem, representerer et fremmed livssyn? Ligger det her en mulig spenning mellom helhetlig helsehjelp og tros- og livssynsfrihet? Dette er spørsmål jeg ønsker å forfølge i dette essayet.

Å være pårørendestøtte og konfesjonell prest i en livssynsåpen kontekst tas med jevne mellomrom opp i intern kollegaveiledning. Kollegiet opplever rollen som meningsfull, blir ofte tilkalt og får gode tilbakemeldinger fra ansatte i mottaket. Likevel vet sykehuspresten aldri fullt ut hvordan rollen blir oppfattet av pårørende og etterlatte.

Vi er prisgitt våre egne refleksjoner i etterkant av møtene, tilbakemeldinger fra kollegaer i mottaket og tilbakemeldinger formidlet ved et skjema som alle etterlatte får fra sykehuset. Dette essayet handler derfor om å se seg selv i bakspeilet, å lete etter mulige blindsoner og å reflektere mer prinsipielt over praksisen som pårørendestøtte i akuttmottaket.

<sup>1</sup> For å ivareta anonymitet er caset konstruert ut fra samlede erfaringer.

Legitimiteten drøftes med utgangspunkt i pårørendes og etterlattes behov og autonomi, sykehusprestens egen selvforståelse og integritet og helseforetakets verdier og forventninger.

## Pårørendes og etterlattes behov i akutt krise

Pasient og pårørende har rett til pårørendestøtte. Denne retten er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven, og helsepersonell er forpliktet til å yte slik hjelp, noe som igjen er forankret i spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven (se Magelssen et al., 2020, s. 38-41). Når helsepersonell i akuttmottaket vurderer et pasientforløp som så kritisk at det kan stå om liv og død, blir pårørende bedt om å komme til sykehuset. De får da tilbud om pårørendestøtte. Som en samlebetegnelse kan vi si at pårørendestøtte handler om *psykososial støtte* for de pårørende. Dette er en vid betegnelse som innebærer på ulikt vis å være der for de pårørende, slik at de kan holde ut å stå i situasjonen de er i. Videre kan den psykososiale støtten handle om å kartlegge nettverk, å mobilisere ressurser til å vende seg mot fremtid og å samle krefter til å gå videre (Helsedirektoratet, 2016).

*Jeg er igjen på vei til akuttmottaket. Etter at vi har vært i pårørenderommet, går vi inn i syningsrommet. Vi er lenge i rommet sammen. Det er stille, og så sier enken til meg: «Kanskje du kan lyse en velsignelse over ham? Det tror jeg ville være fint. Jeg tror han ville satt pris på det.» Jeg går bort til avdøde og lyser velsignelsen.*

*«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. Amen.»*

Det kan være vanskelig for pårørende å dra fra syningsrommet. Noen kan kjenne det som de svikter avdøde, ved at de lar den døde bli alene igjen i rommet. Det er dette ugjenkallelige – at nå vil de ikke se den døde mer. Når velsignelsen er lyst, er det i denne siste skissen noe som faller mer på plass. Ritualet hjelper enken til å hvile i at den døde er knyttet til en makt sterkere enn døden. Enken kan gå videre og vende seg til fremtiden igjen.

*Vi sitter på pårønderommet i akuttmottaket, og sykepleieren introduserer meg som sykehusprest. Jeg ser at de pårørende blir stresset, og de spør om alt håp da er ute. «Vi er ikke kirkefolk, og det kjennes fremmed å ha en prest her», sier de. Jeg kjenner meg på defensiven og prøver å omdefinere rollen min ved å fortelle om min primære rolle som pårørendestøtte i akuttmottaket. Likevel er det som om jeg må kjempe for å få tillit, og jeg kjenner en støy inni meg.*

*«Men det er greit at du blir», sier familien. Da vi drar fra hverandre denne kvelden, sier de at de er glade for at jeg var der. At det var nødvendig og viktig.*

I dette møtet er det en «støy» som gjør at rollen som pårørendestøtte blir uklar. For det første vekker ordet sykehusprest assosiasjoner av død og håpløshet. Dernest definerer pårørende seg ut av relasjonen ved å si at «vi er ikke kirkefolk», og de tar dermed med seg inn på sykehuset det trolandskapet de har utenfor sykehuset, og lar dette bli styrende. Denne siste skissen viser hvor viktig det er med åpenhet og informasjon om rollen, og at rekkefølgen på ordene «pårørendestøtte» og «sykehusprest» ikke er likegyldig.

## Sykehusprestens faglige selvforståelse

Grunnverdiene til Helse Stavanger er *respekt, faglighet og trygghet*. Verdiene er relativt åpne og peker mot helhetlig og god ivaretagelse av pasient, pårørende og ansatte. Vi kan si at verdiene skal ivareta *forsvarlig helsehjelp*.

Disse grunnverdiene korresponderer godt med sykehusprestens faglige forankring og praksis som sjelesørger. Vi kan kalle denne forankringen en *konfidentorientert metode*. Det sentrale i en slik tilnærming er at sykehuspresten har sin oppmerksomhet vendt mot pasientens behov, og at det skjer et møte på pasientens og pårørendes premisser. En slik tilnærming utelukker ikke at sykehuspresten også har åpenhet om egen identitet og integritet (Stavanger universitetssjukehus, 2018).

Videre er det naturlig å spørre hva teologien bidrar med av *ressurser* inn i et livssynsåpent rom preget av krise. I denne sammenhengen er det særlig naturlig å hente slike ressurser innenfor *skapelsesteologien*. Menneskene lever i den samme verdenen, med grunnleggende eksistensielle livsvilkår. Dernest er mennesker knyttet til ulike kulturer, trosretninger og livssyn.

Viktige verdier innenfor skapelsesteologien er troen på at mennesket er skapt i Guds bilde, med verdighet og sårbarhet. En annen viktig teologisk

ressurs er eksempler fra Jesu møter med ulike mennesker og situasjoner. Midt i et mylder av mangfold har han sin oppmerksomhet vendt mot menneskene og deres behov.

Hva er da sykehusprestens selvforståelse i akuttmottaket? Kanskje kan vi si det slik: Området mellom pårønderom og syningsrom har i seg både den *tålmodige medvandrereren* og den *aktive stifinneren*. Medvandrereren har oppmerksomheten rettet mot ikke å handle, men heller på abstinens, på å holde igjen, på ikke å ta over, men heller på å støtte. Samtidig er en stifinner en som kan svare, veilede og informere. Disse funksjonene krever både menneskelig og faglig kompetanse. Erik Stabrun bruker i sin bok om samtaler ved plutselig død begrepsparet *tydelig og var* om ferdighetene som trengs i møter med mennesker som får beskjed om ulykker og brå død (Stabrun, 2014, s. 53).

Det har skjedd en utvikling i prestens selvforståelse, og også i de oppgavene som helsevesenet etterspør. Denne utviklingen korresponderer med dypere endringer i befolkningens spiritualitet. Chaplaincy-rollen er en mer omfattende rolle enn den tradisjonelle konfesjonsbestemte rollen som sykehusprest.

For many persons issues of God and other religious matters are not very prominent in their daily lives, but when something profoundly disturbing happens in life, an existential crisis might occur making the need for meaning intrusive. For many persons, pastoral care consultations and different ways of ritualizing are available and used means for spiritual or existential meaning-making. (Danbolt et al., 2019, s. 6)

Stifoss-Hanssen et al. (2019) reflekterer over en slik utvikling. De peker på at helsevesenet har en lang tradisjon for eksistensiell og åndelig omsorg, men at det likevel kan argumenteres for en endring og utvikling av denne rollen. Sykehusprestrollen er blitt mer profesjonalisert og integrert i sykehuskonteksten. Det påpekes at om man vil male med bred pensel, kan man argumentere for at sykehusprestrollen har beveget seg fra en religiøs omsorgsmodell i retning av en mer eksistensiell modell for ivaretakelse (Stifoss-Hanssen et al., 2019, s. 65).

En slik refleksjon gir gjenkjennelse i den praktiske hverdagen som sykehusprest. Sykehuspresten er «passe annerledes» i helsevesenet (se Moen, kapittel 7 i denne boka). Vi er samarbeidende helsepersonell, vi skriver ikke journal eller notat, og vi har streng taushetsplikt. Her er det ordet «passe» som vekter rollen, slik at den verken blir helt annerledes eller ikke

fremmed i det hele tatt og slik mister identitet og mulighet til virkelig å bli et tverrfaglig viktig bidrag.

Hvordan kan så prestens rolle som pårørendestøtte ha legitimitet innenfor den samfunnskonteksten som er i Helse Stavanger sitt oppdragsområde? La oss se nærmere på det større bildet.

## Helseforetakets verdier og forventninger

Om lag 70 prosent av den norske befolkningen er medlem i Den norske kirke. Samtidig har Helse Stavanger HF et nedslagsfelt med over 150 nasjonaliteter og et stort mangfold i kultur og livssyn (Statistisk sentralbyrå, 2021). Alle sykehusprestene ved Stavanger universitetssjukehus (SUS) er ordinert i Den norske kirke og er konfesjonelt forankret i dette trossamfunnet, med tilsyn fra biskop. Samtidig har sykehuspresten sitt oppdrag og arbeidstakerforhold i helseforetaket.

I tillegg til konfesjonelle sykehusprester har Seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn også en kultur- og livssynsrådgiver med særlig ansvar for å legge til rette for livssynsåpenhet i foretaket. Denne rådgiveren koordinerer kontakt med om lag 90 frivillige representanter for et mangfold av tros- og livssynssamfunn. Som en nyansering av de rene livssynskategoriene bør man også vektlegge at mange mennesker i dag ikke tilhører noe tros- eller livssynssamfunn. Flere er i flyt og kjenner slektskap med ulike typer spiritualitet, som kan gå på tvers av organiserte livssynssamfunn (Stavanger universitetssjukehus, 2018, s. 8). I rollen som pårørendestøtte opererer man altså i en sammenheng av stort livssynsmessig mangfold.

Det er et prinsipp i beredskapsarbeid at de som til daglig er tett på et avgrenset område, også bør ha særlig ansvar for området ved kriser og katastrofer. Ved SUS møter eksempelvis sykehuspresten i mange sammenhenger pårørende til pasienter. Som følge av dette, har da Seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn ansvar for – ved større ulykker og katastrofer – å opprette og bistå ved et *pårørendesenter* på sykehuset.

Roller som pårørendestøtte har sykehusprestene hatt i mange år, og funksjonen er en sentral del av arbeidet på hele sykehuset. For noen år siden ble rollen i akuttmottaket mer formalisert, med en tydeligere rolleavklaring. Avklaringen innebar også et eget jakkemerke som sykehuspresten bærer når han eller hun har denne funksjonen ved mottaket.



Foto: Helge Hansen

Formaliseringen av rollen ble gjort på initiativ fra sykehusprestene og i samtale med ledelsen ved akuttmottaket. Begge parter ønsket en definering av rollen som gjenspeilet det som var prestens *funksjon* i akuttmottaket. Noen større helseforetak har egne ansatte som kun jobber med pårørendestøtte. Da er det gjerne en sykepleier som har denne rollen. Også sykepleierne i akuttmottaket ved Stavanger universitetssjukehus fungerer som pårørendestøtte. De ivaretar pårørende samtidig som de skal utføre oppgaver rettet mot pasientbehandling.

Seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn ved SUS har utarbeidet et verdidokument. Teksten handler om identitet og faglig forankring og er styrende for praksisen til sykehuspresten. Teksten beskriver avveiningen mellom *retten til å slippe* å bli eksponert for valg når det gjelder pårørendestøtte, og samtidig *retten til å bli møtt* med en helhetlig helsetjeneste.

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 akuttsituasjoner, 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 etjakkemerke på jakkeslaget hvor det står «Pårørendestøtte». (Stavanger universitetssjukehus, 2018, s. 4)

Ved akutte hendelser i akuttmottaket sendes pasienten til operasjonsstue eller intensivavdeling. Pårørende kan komme i samme ambulanse som pasienten eller med annen transport. Når pårørende ankommer mottaket, blir de henvist til det som kalles *pårønderommet* i akuttmottaket. Ved siden av dette rommet er det et *syningsrom*. Om pasienten dør, kan pårørende komme inn i syningsrommet for å se avdøde etter at den døde er blitt stelt. Det er i aksen mellom pårønderom og syningsrom sykehuspresten – i rollen som pårørendestøtte – har sitt arbeidssted. Videre er sykehuspresten kontaktledd mellom etterlatte eller pårørende og avdelingen gjennom hele prosessen og noen ganger også i etterkant.

Når sykehuspresten blir tilkalt til mottaket, får vedkommende først en kort briefing av vaktleder, før han eller hun går til pårønderommet. Det er i dette rommet sykehuspresten møter de pårørende. Ansvarlig lege gir informasjon om medisinsk status, og om hvilken medisinsk innsats som er blitt gjort. Når all informasjon er gitt har sykehuspresten et særlig ansvar for å ivareta det vi med en samlebetegnelse kan kalle den *psykososiale støtten*.

Pårørende skal ikke være alene i kaos og krise. Sykehuspresten kan være en vegg å skrike mot, en som kan ta imot og romme følelser og tanker, en som kan hente drikke, en som kan være en budbringer om det kommer ny informasjon, og en som kan si noe om tiden som kommer. Sykehusprestens oppgave kan være praktiske oppgaver rundt syning og gravferd, eller det kan være å fortelle om mulige reaksjonsmønstre de neste dagene. Funksjonen som pårørendestøtte kan også handle om å forberede i forkant av syning, og å være til stede i syningsrommet om de pårørende ønsker det.

Et annet aspekt som ligger til rollen som pårørendestøtte, er kartlegging og mobilisering av ressurser rundt berørt familie. Er det behov for å kontakte det kommunale kriseteamet, er det ofte sykehuspresten som oppretter kontakten.

Hvordan samsvarer så sykehusprestens rolle som pårørendestøtte ved akuttmottaket med Helse Stavanger sine grunnverdier respekt, trygghet og kvalitet?

Rekkefølgen til grunnverdiene er ikke likegyldig. Respekt er grunnleggende for i det hele tatt å etablere en relasjon fylt av tillit. Respekt er å møte andre mennesker på deres egne premisser. Ordet respekt betyr «å se en gang til», altså ikke å være låst i sin egen vurdering, fordom eller praksis, ikke å være drevet av egen agenda, men å være henvendt, oppmerksom, i møte med den andre. Slike elementer er grunnleggende i den konfidentbaserte sjelesorgradisjonen og i tradisjonen fra pastoralklinisk utdanning,



som sykehusprestene ved SUS er forankret i. Kjerneverdiene påvirker hverandre, slik at respekt leder til trygghet, som igjen er en forutsetning for kvalitet i et pasientforløp.

Det er viktig å ha selvinnsikt nok til også å være klar over egne begrensninger. Selv om sykehuspresten mener at hun eller han kan snakke med alle mennesker, kan andre ha gode grunner for ikke å ville møte en sykehusprest og for heller å ønske en annen type støtte. Da må sykehuspresten ha trygghet og kompetanse nok til å henvise og lede pårørende til den de måtte ønske å treffe. I møte med livssynsmangfold kan sykehuspresten, når behov kartlegges, etterspørre om de pårørende ønsker å møte representanter fra deres eget trossamfunn.

Å praktisere i tråd med grunnverdiene innebærer også å *reflektere kritisk* over egen praksis. Det handler om kontinuerlig å spørre hvordan vi tror eksistensiell omsorg, utført eller tilrettelagt av konfesjonelle sykehusprester, oppleves for en befolkning preget av livssynsmangfold, og hvordan denne praksisen kan være åpen og avklart.

Slik jeg ser det, er sykehuspresten som pårørendestøtte ikke i konflikt med foretakets verdier respekt, trygghet og kvalitet. Det forutsetter imidlertid at sykehuspresten er klar over sitt *oppdrag* i mottaket, og at de pårørende er informert om hva slags rolle sykehuspresten har.

Hvordan har så denne praksisen legitimitet med tanke på egen ordinasjon og bånd til Den norske kirke? Presteforeningen i Den norske kirke reflekterer i et dokument om profesjonsetikk nettopp over sammenhengen mellom kirkens og samfunnets oppdrag. Her er det særlig verdifulle å legge merke til begrepsparet *åpenhet* og *integritet*, og jeg mener at disse også er verdifulle veimerker for en konfesjonell sykehusprest ved en livssynsåpen institusjon.

Prester i Den norske kirke er forpliktet på ordinasjonsløftet, lover og avtaler som regulerer prestatjenesten. Prester arbeider i møte med den andre og verden. Mennesket er skapt og villet av Gud, til fellesskap med Gud og medmennesker, og menneskene deler betingelser med alt det skapte. Prester har både et kirkelig oppdrag og et samfunnsoppdrag. Presten arbeider i et samfunn med mangfold av religioner og livssyn, og i en kirke med mangfold av trosuttrykk. Dette dokumentet holder fram to verdier som er særlig viktige for presters profesjonsetikk: Åpenhet og integritet. (Presteforeningen, 2017, s. 7–8)

Hva er det de pårørende trenger? Erik Stabrun (2014) argumenterer for at samtale med mennesker i krise er forankret i et *fag*, og at det ikke er noen motsetning mellom å være profesjonell og å være personlig. Det er snarere

tvært imot, sier han. Hos den profesjonelle er det personlige integrert i det faglige. For sykehuspresten i akuttmottaket betyr det at det er *oppdraget* som er utgangspunktet for arbeidet i denne konteksten. Det er noen mennesker i en sårbar livssituasjon som presten skal være hos. Presten kommer med seg selv som person, men samtidig også med en profesjonalitet og en fagtradisjon.

Erik Stabrun (2014) understreker dette poenget i forbindelse med debatten om hvorvidt dødsbud bør utføres av livssynsuaavhengige personer. Han betoner at prester og diakoner har en type *mengdetrening*, jevnlig erfaring med sjelesorgsamtaler med folk i krise, og at ni av ti begravelser forberedes og forrettes med bistand fra Den norske kirke. Ifølge Stabrun bør denne kompetansen veie tungt: «Den kompetansen og det samfunnsansvar som følger av den kompetansen, synes å være mer relevant kompetanse enn spørsmålet om livssynsuaavhengighet.» (Stabrun, 2014, s. 84)

Hva er god kompetanse for forsvarlig helsehjelp og god omsorg? De tre vignettene i dette essayet fordrer pårørendestøtte som har kompetanse på *ulike* områder. I den første teksten spørres det etter tålmodig nærvær. Kan smerten rommes? Er det en klagemur her? Samtidig er det også behov for en mer aktiv rolle som krever kunnskap med tanke på syning, sorgprosess, ressurser i nettverk og planlegging av begravelse.

I den andre teksten spørres det underveis etter en annen side ved pårørendestøtte. Familien ønsker velsignelse, og her er det kompetanse i *ritualisering* som etterspørres. Kanskje kan man si at sykehuspresten her er det som Josuttis kaller en «veileder i hellighetssonen», jf. Johannessens kapittel i denne boka. Ritualet åpner opp en større virkelighet. Initiativet kommer fra pårørende, og sykehuspresten har identitet og kompetanse til å velsigne (Akerø, 1999).

Den tredje delen av caset i dette kapitlet blir et eksempel på at det ikke er likegyldig i hvilken rekkefølge sykehuspresten og pårørendestøtten blir introdusert. Presterollen kan fungere som trigger og skape stress, der vi må kjempe for å beholde tilliten i rommet. Det er krevende for alle parter. Ofte møtes sykehuspresten med umiddelbar tillit, mens det andre ganger kan være mistillit eller tydelige fordommer som fyller rommet.<sup>2</sup> Her er det viktig å være oppmerksom på overføringer og motoverføringer.

2 For en tydelig øyeåpner og et nytt perspektiv på hva presten kan være, se Sarah Fogth Lindqvist (2012). Her vektlegger hun hvordan presten har et vidt arbeidsfelt som korresponderer godt med foretakets verdier, og som favner bredere enn det konfesjonelle.

Kanskje kan vi si at det særlig spørres etter tre typer kompetanse, og at *ingen* av disse er knyttet opp til prestens forankring i en bestemt konfesjon. Det spørres etter faktisk kunnskap basert på mengdetrening, etter relasjonelle ferdigheter til å møte mennesker i en utsatt situasjon og etter eksistensiell kompetanse, altså en oppmerksomhet vendt mot menneskets grunnleggende livsvilkår. Flere betoner at i vår tid er de mer *personlige* sidene ved profesjonen blitt viktigere for at et møte skal oppleves som troverdig og godt (Kaufman et al., 2016, s. 50).

## Varsling ved brå død – en relevant sammenlikning?

Er drøftingen av sykehusprest som pårørendestøtte i akuttmottak en lokal variant av den nasjonale debatten om varsling ved brå død?

I Norge er det politimyndighet som har ansvar for å underrette pårørende i forbindelse med brå død, savnede personer og alvorlige ulykker. Prester i Den norske kirke har i lang tid, etter sedvane og avtale, hatt delegert ansvar for å sette varslingen ut i livet ved å gå enten alene eller sammen med politi med dødsbud.

NOU-en *Det livssynsåpne samfunn* (NOU 2013: 1) tok til orde for at denne varslingstjenesten skulle endres slik at det ikke lenger var prester, men i stedet politiet eller livssynsuavhengige representanter som skulle gå med bud til pårørende. Om livssynet til de pårørende var kjent, kunne politiet ta direkte kontakt med vedkommende sitt trossamfunn, slik at representanter derfra kunne gå med bud til de pårørende (NOU 2013: 1, s. 183–184).

Det religionspolitiske aspektet ved NOU-en er at mennesker i en krisesituasjon ikke skal bli møtt av en representant fra et bestemt trossamfunn, i dette tilfellet en prest i Den norske kirke. NOU 2013: 1 synes her å vektlegge mottakerens livssynsmessige ståsted og prinsippet om tros- og livssynsfrihet mer enn selve situasjonen og budbærerens kompetanse, oppdrag og erfaring. NOU 2013: 1 vektlegger i stor grad retten til å slippe å bli eksponert for en person som ikke er fra ens eget trossamfunn, samtidig som man kan ha rett til å bli møtt av en representant fra ens eget livssyn.

I sitt høringssvar til NOU-en vurderer Politidirektoratet dette spørsmålet annerledes. Her legges det vekt på at det er selve *hendelsen* eller *budskapet* som er sakens kjerne, ikke budbærerens eller de varsledes livssyn. Det er slik jeg tolker deres høringssvar når de skriver:

Politidirektoratet stiller seg kritisk til en utvidelse av etatens ansvar på dette området. Formidling av dødsbudskap er en krevende oppgave både kompetansemessig, ressursmessig og personlig for den som utfører oppgaven, og er oppdrag som etter sin art ikke kan utføres innenfor en tilmålt tid. Vi kan ikke se at et hovedansvar for formidling av dødsbudskap ligger i en naturlig forlengelse av politiets pliktmessige ansvarsområde. Etter vår oppfatning bør politiet fortsatt kunne basere seg på en strukturert ordning for varsling ved hjelp av andre og bare i unntakstilfeller selv gjennomføre varslingen. (Politidirektoratet, 2013)

En slik refleksjon fra Politidirektoratet er verdt å legge merke til. Det kan synes som etaten i større grad vektlegger selve hendelsen, saken og formidlingen, med alt det innebærer, enn at de pårørende skal bli møtt med en representant fra deres eget trossamfunn. Kanskje kan vi si at *situasjonen* med alt den inneholder, kommer først, og at livssynet er en faktor som ikke er uviktig, men som likevel ikke er styrende. Den nasjonale ordningen ble slik som Politidirektoratet svarte i sitt hørings svar. I dag er det fortsatt prester i Den norske kirke som etter en egen beredskapsavtale utfører de konkrete varslingene som formelt sett politimyndigheten har ansvar for å utføre.

Erik Stabrun (2014) tar også opp denne problemstillingen fra NOU 2013: 1 i sin bok om samtaler ved plutselig død. Stabrun argumenterer mot perspektivet i NOU-en og mener at praksisen med varsling med dødsbud ikke handler om å påvirke mottakeren i en bestemt livssynsmessig retning, men om å «[...] være hos de rammede, på deres premisser, lydhøre for det de er opptatt av» (Stabrun, 2014, s. 83).

## Avsluttende utblikk

Hos pårørende og etterlatte er det et lidelsestrykk som ber om respons og ivaretagelse. Situasjonen kan ha ulike fordringer knyttet til seg. Pårørendestøtten er lydhør for hva den andre trenger. Noen ganger kan det bety at en tydeligere identitet som sykehusprest kommer fram, ved en velsignelse eller bønn eller ved at presten jobber tverrfaglig og knytter kontakt med representanter fra andre trossamfunn.

Hvordan kan respons og ivaretagelse være forsvarlig helsehjelp og god omsorg og samtidig ivareta pårørendes integritet og selvbestemmelse? Jeg henter opp igjen ordparet *var* og *tydelig*. Kan disse ordene være veigrep inn i et landskap som handler om å være hos mennesker som har fått livet snudd opp ned? Og er det slik at sykehuspresten har *særlig gode forutsetninger* for

å fylle rollen som pårørendestøtte, også i en livssynsåpen kontekst? Det er i tilfelle dette som på en særlig måte legitimerer at sykehuspresten kan ha rollen som pårørendestøtte.

Kanskje kan man si at det er *nettopp fordi* sykehuspresten er sykehusprest, at han eller hun også kan ha rollen som pårørendestøtte ved akuttmottaket. Ingen kan unndra seg sitt eget livssyn og sin bakgrunn. Ordet *noytralitet* må i stedet erstattes med *åpenhet og klarhet*.

Dette essayet insisterer ikke på at akuttmottaket *må* bruke sykehuspresten i en formell rolle som pårørendestøtte. Det er likevel gode grunner for at sykehuspresten *kan* ha en slik rolle, og for at denne rollen ikke er i konflikt med trosfrihet og den enkeltes integritet. Premissene for at en konfesjonell sykehusprest i et livssynsåpent samfunn kan ha denne rollen, ligger i at rollen er åpen og avklart, og i at ivaretagelse av pårørende utføres i tråd med god kompetanse og sykehusets verdier og hele tiden er forankret i de pårørendes premisser og ønsker.

## Referanser

- Akerø, H. A. (1999). Veileder i hellighetssonen. En presentasjon av M. Josuttis pastoralteologi. I Housgnæs, M. H. (Red.), *Kirken, lekfolket og prestskapet* (s. 119–133). Kirkens arbeidsgiverorganisasjon.
- Danbolt, L. J., DeMarinis, V., Rydinger, M. & Zock, H. (2019). Chaplaincy – how and why?. *Tidsskrift for praktisk teologi*, 36(2), 4–10. <https://doi.org/10.48626/tpt.v36i2.5349>
- Eide, Ø., M., Engedal, L. G., Kimilike, L. P. & Ndossi, E. (2009). *Restoring life in Christ: pastoral care and domestic violence: African experiences*. Makumira University College.
- Helsedirektoratet. (2016). *Psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (Mestring, samhörighet og håp): nasjonal veileder*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kaufman, T. S., Felter, K. D. & Gaarden, M. (2016). Person og prestetjeneste: persondimensjonens betydning for prestens profesjonsutøvelse. *Tidsskrift for praktisk teologi*, 33(2), 45–57. <https://doi.org/10.48626/tpt.v33i2.5200>
- Lindqvist, S. F. (2012). Sykehuspresten og meg: en ateists bekjennelser. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 132(1), 180–181. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.1338>
- Magelssen, M., Førde, R., Lillemoen, L. & Pedersen, R. (Red.). (2020). *Etikk i helsetjenesten*. Gyldendal.
- Martinussen, W. (1984). *Sosiologisk analyse: en innføring*. Universitetsforlaget.
- NOU 2013: 1. (2013). *Det livssynsåpne samfunn: en helhetlig tros- og livssynspolitik*. Kulturdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2013-1/id711212/?ch=2>
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Politidirektoratet. (2013). Høringssvar — NOU 2013: 1 Det livssynsåpne samfunn. <https://www.regjeringen.no/contentassets/3810c6a1d2eb412485319c1dfbef00e4/341-politidirektoratet.pdf?uid=Politidirektoratet>

- Presteforeningen. (2017). Profesjonsetikk for prester. <https://www.prest.no/seksjon/profesjonsetikk/>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Stabrun, E. J. (2014). *Bud bærer: samtaler ved plutselig død*. Gyldendal Akademisk.
- Statistisk sentralbyrå. (2021, 5. juni). Trus- og livssynssamfunn utanfor Den norske kyrkja. <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/religion-og-livssyn/statistikk/trus-og-livssynssamfunn-utanfor-den-norske-kyrkja>
- Stifoss-Hanssen, H., Danbolt, L. J. & Frøkedal, H. (2019). Chaplaincy in Northern Europe: An overview from Norway. *Tidsskrift for praktisk teologi*, 36(2), 60–70. <https://doi.org/10.48626/tpt.v36i2.5355>
- Stavanger universitetssjuekehus. (2018). *Seksjon prestatjeneste, etikk og livssyn: et verdidokument*. <https://helse-stavanger.no/avdelinger/fag-og-foretaksutvikling/seksjon-prestatjeneste-etikk-og-livssyn>