

Dobbel identitet og kommunikativt overskudd

Margit Husevåg Sykehusprest, Sykehuset Innlandet

Abstract: In this article I attempt to illuminate and discuss elements of the role and identity of healthcare chaplains employed at Norwegian hospitals. I explore how we can understand theologically educated personnel, represented by the healthcare chaplains (mainly from Church of Norway), as a resource in meeting people in public hospitals in a multifaith society. My approach is via a constructed case of a suicidal event in a psychiatric hospital. I formed the case so that I got three groups to explore; the leaders, the nexts of kin and the staff involved. Through two central notions describing aspect of the hospital chaplain, I discuss how the chaplain might be experienced. The first notion is the double identity of the role of the healthcare chaplain, as simultaneously sent from the Church of Norway and employed by the hospital. The second notion is the communicative surplus of the same role.

These notions I use analyzing whether the three groups involved could experience the hospital chaplain as a resource or not. I found that in the secular context of a public hospital, the hospital chaplain can be a resource to people by being sensitive regarding the needs and preferences of each person and being aware of her own role in the context as well as what the role as such might communicate to people. Carrying the tradition and applying on new knowledge, hospital chaplains might contribute to the development of the Norwegian multifaith society together with others.

Keywords: hospital chaplain, chaplaincy, existential healthcare, multifaith, role

Innledning og situasjonsbeskrivelse

*Eg lure på om det e klovnar me e
te allmenn lått og løyte
Men får me sjå eit lysglimt av og te
så får de'kje vær så nøye.*

Prest og artist Bjørn Eidsvåg, som selv var sykehusprest i psykiatrien noen år, setter ord på noe ved sykehusprestrollen som jeg som psykiatriprest kan kjenne meg igjen i. Av og til kan min konkrete rolle i situasjonen kjennes så uklar og ute av den medisinske baserte konteksten at det som gjenstår, blir «klovnens» ufarliggjørende og naive tilstedeværelse, iallfall som en mulighet. Av og til kan min rolle bli å være klovnen, *the wise fool* (Capps, 2005), som er aksepterende og uhøytidelig nærværende og tilgjengelig, som ikke sitter på noen svar, men som ser med en viss distanse på det som skjer av medisinsk arbeid fordi blikket går videre og inn til det paradoksale ved å være menneske i denne situasjonen.

Likevel er vi sykehusprester selvsagt mye mer enn klovner. Vi er personer som besitter en faglig kompetanse. Men så er vi også noe mer enn fagligheten og de personene vi er. Vi er prester som er ansatt av sykehuset. Og så bærer vi noe ekstra med oss ved vår rolle, i tillegg til vår person, et kommunikativt overskudd knyttet til presterollen vår (Stifoss-Hanssen, 2005). For noen som møter oss, er dette kjent og trygt, og for andre er det kanskje ikke så kjent. Vi lever i et tros- og livssynsmangfoldig samfunn hvor mangfoldet øker, og vi må forholde oss til hvordan vi skal kunne møte alle med åndelig og eksistensiell omsorg på en så likeverdig måte som mulig. Vi vet fra religionspsykologisk forskning at tros- og livssynsressurser har betydning for helsen (Sørensen & Kvande, 2014; Torbjørnsen, 2011).

Det er derfor godt å ha fått et lovverk som konstaterer at Norge er et livssynsåpent og ikke et livssynsnøytralt samfunn (Prop. 130 L (2018–2019)). Dette lovverket er med på å legitimere den åndelige og eksistensielle omsorgen på offentlige sykehus, noe jeg vil komme tilbake til senere i teksten.

Problemstilling

Jeg ønsker i dette essayet å undersøke følgende:

Hvordan kan vi forstå teologisk utdannet personell, representert ved sykehusprestene, som en ressurs i møte med mennesker på offentlige sykehus i et tros- og livssynspluralt samfunn?

Det norske samfunnet er i en sekulariseringsprosess samtidig som tros- og livssynsmangfoldet øker. På basis av prinsippet om tros- og livssynsfrihet påpeker Stålsett-utvalgets NOU *Det livssyns åpne samfunn* at i offentlige institusjoner må frihet til å utøve egen tro balanseres med frihet til ikke å ta del i religiøs eller livssynsmessig praksis (NOU 2013: 1, s. 168). I forlengelsen av NOU-en fra 2013 har vi fått en ny trossamfunnslov som trådte i kraft 1. januar 2021. Her ligger det som en viktig føring at samfunnet skal legge til rette for trosuttrykk i det offentlige rom.

Sykehusprester fra Den norske kirke (Dnk) har en lang tradisjon på norske sykehus og er innarbeidet som faggruppe i den kliniske hverdagen. Vi er trent i, og utøver, eksistensiell omsorg i møte med alle som ønsker det. Når det kommer til den religiøse betjeningen, tilbyr sykehusprester sine tjenester som kristne lutherske prester, og det er også ofte de som formidler kontakt med andre trossamfunn når en pasient har behov for det.

Jeg vil ut fra problemstillingen se nærmere på hvordan sykehuspresten kan oppfattes på ulike måter. Hvilke roller har hun (formelt), hvilke roller får hun (gjennom andres oppfatning av henne) og tar hun (hvordan spiller hun sine tilgjengelige roller), og hvordan er hun eller er hun ikke en ressurs for folk hun møter på sykehuset? Disse spørsmålene vil jeg drøfte med utgangspunkt i et case.

Case

I psykiatrien forekommer dessverre innimellom hendelser der pasienter tar sitt eget liv mens de er innlagt eller kort tid etter utskrivning.

Jeg vil bruke en suicid-situasjon som eksempel på en liv-død-situasjon der eksistensielle spørsmål aktualiseres, og der sykehuspresten involveres som støtteperson for flere grupper av involverte mennesker. Disse menneskene har antakeligvis ulike tros- og livssyn. Jeg har diktet et case basert på egne og mine kollegaers erfaringer gjennom mange år og fra ulike steder.

Det alle jobber for at ikke skal skje, er at noen tar sitt liv mens de er innlagt i psykiatrien. Så hender det likevel. Både pårørende, de andre pasientene på posten, personalet og ledelsen befinner seg i en yttergrensesituasjon i møte med død og liv og egen avmakt, sjokk, fortvilelse og sorg. Poenget mitt her er ikke å gå inn i suicid som tema, men å benytte en konkret situasjon til å illustrere aspekter ved sykehusprestens møte med tros- og livssynsmangfold i tjenesten på sykehuset.

En ung mann har tatt sitt eget liv mens han var innlagt på psykiatrisk sykehus. Sikkerheten rundt ham var kontinuerlig vurdert opp mot autonomi. Tegn til bedring gjorde at stramme sikkerhetstiltak var lempet noe på.

Han blir funnet av nattevaktene tidlig om morgenen. Alarmen går, og flere kommer til, inklusive vakthavende lege, men livet står ikke til å redde.

Sykehuspresten blir kontaktet og ankommer raskt enheten for å være tilgjengelig som støtte, ut fra behovene som er der. Ledelsen ønsker å tenke høyt med sykehuspresten nærværende. Pårørende er ikke varslet, og sykehuspresten blir bedt om å dra hjem til familien med dødsbudet. De pårørende er etniske nordmenn bosatt på bygda i Innlandet. Derfor kan man tenke seg – uten å vite sikkert – at de er del av den store gruppen som har en viss folkekirketilhørighet. Sykehuspresten tar på seg snipp og drar ut for å gi dødsbudskapet. Fortvilte foreldre får av presten beskjeden om at deres sønn er død. Hun setter seg ned med dem og møter dem i deres sjokk og fortvilelse.

Deretter drar sykehuspresten tilbake til sykehuset for å se hvordan hun kan være en støtte videre. Mange av de ansatte som har vært involvert i hendelsen, er fortvilt, og sykehuspresten blir spurt om å lede en samling med denne gruppen, som består av tolv personer. At en av legene bærer hijab, synliggjør at det er et tros mangfold i gruppen. En av sykepleierne er kjent som aktiv humanetiker gjennom innlegg i lokalavisen. Sykehuspresten vet lite om resten av gruppedeltakernes tro- og livssyn.

Teoretiske og metodiske perspektiver – og begrepsavklaringer

Jeg vil bruke Manfred Josuttis' tre prestemodeller sammen med Charles Taylors sekulariseringsteori til å drøfte dette caset. Josuttis tegner opp tre prestemodeller (Josuttis, sitert i Akerø, 1999). Den første modellen er presten som vitne, en forkynnende prestemodell som ikke eksplisitt er aktuell i denne konteksten. Den andre prestemodellen er presten som hjelper. Og hans tredje prestemodell er presten som «veileder inn i hellighetssonen».

Det metodiske grepet jeg vil bruke, er en drøfting av caset ved hjelp av begrepene «dobbelt identitet» og «kommunikativt overskudd». Dette fordi jeg synes disse begrepene til sammen kan bidra til å synliggjøre ressurser og utfordringer knyttet til sykehusprestene som i dag tilbyr eksistensiell og åndelig omsorg på sykehus i vårt livssyns åpne samfunn.

Dobbelt identitet: åndelig omsorgsgiver og profesjonell nærværs person

Sykehusprestene kan sies å ha en dobbelt identitet ved å være ansatt på sykehuset samtidig som de – som ordinerte prester, hovedsakelig fra Dnk – har

sin religiøse tilknytning der og følges opp med tilsyn fra sine biskoper. Dette medfører at rollen som sykehusprest kan være flertydig og vanskelig å tolke for både sykehusprestene selv, pasienter, pårørende og kollegaer, som i sum representerer et tros- og livssynsmessig mangfold.

Den doble identiteten – som ansatt av sykehuset, men som sendt av kirken – kan gi uklarhet i hva sykehusprestene fremstår som tilbydere av, og på hvilken måte det kan forventes at de vil tilby det de er ansatt for å gjøre: å gi eksistensiell og åndelig omsorg.

Å være ansatt som profesjonell nærværsperson vil i prinsippet være uavhengig av hvilken sendeorganisasjon man kommer fra. Den allmenne delen av sykehuspresttjenesten som handler om eksistensiell omsorg, er knyttet til å gi støtte i krise og i spørsmål som for eksempel livsmening, skyld, frihet, ensomhet, liv og død (Yalom, 1999), og til å hjelpe individet å finne sine egne kilder til mening (Schnell, 2020). Profesjonell eksistensiell nærværstjeneste vil da, slik jeg bruker begrepet her, ikke inkludere spesi- fikk religiøs betjening og skal i prinsippet gis likeverdig til alle. Vi kan dele den doble identiteten inn under overskriftene eksistensiell nærværsperson (generelt) og åndelig omsorgsgiver (spesielt). Likevel lar det seg ikke så lett gjøre å skille disse to identitetene. En sykehusprest er samtidig både prest og profesjonell nærværsperson, og må manøvrere i det krysspreset det innebærer.

Kommunikativt overskudd

I rollen som prest kan det sies å ligge et kommunikativt overskudd (Stifoss-Hanssen, 2005). Det vil også gjelde sykehuspresten. Det kommunikative overskuddet er det som kommuniseres gjennom rollen til sykehuspresten forut for hennes møte med mennesker. Stifoss-Hanssen beskriver det som noe ut over det trivielle, og som noe som ligger i presterollen som symbol. Det kommunikative overskuddet kan gjøre seg gjeldende som noe positivt og som noe negativt. På plussiden kan det for eksempel være at rollen kommuniserer noe kjent som man forbinder med trygghet. Da kan det kommunikative overskuddet være en døråpner til kontakt og tematisering av viktige temaer. Presten kan også forbindes med hellighet og kan være en veileder inn i hellighetssonen (Josuttis, sitert i Akerø, 1999). På minussiden kan det være dårlige assosiasjoner knyttet til denne rollen, for eksempel erfaringer fra misbruk av makt. Eller presten kan knyttes til noe som er fremmed, eller representere noe man selv ønsker å ta avstand fra.

I det følgende vil jeg bruke caset til å drøfte temaet fra problemstillingen ved hjelp av disse begrepene. Med tanke på at personene i caset utgjør et tros- og livssynsmessig mangfold, mens sykehusprestens rolle ikke er religiøst mangfoldig, vil jeg se på ulike sider ved hennes møter med de ulike personene.

Drøfting

Sykehuspresten er i kontakt med ganske mange og ulike mennesker i løpet av disse kritiske formiddagstimene som er beskrevet i caset. Alle er preget av den tragiske hendelsen, og alle har sine ressurser som de kan trekke på for å møte krisen, blant dem sine ulike tros- og livssynsmessige ressurser.

Siden sykehuspresten i dette caset kunne vært meg, vil jeg i fortsettelsen skrive i jeg-form. Jeg vil gruppevis gå gjennom og drøfte hva som kan stå på spill mellom sykehuspresten og noen av dem hun møter.

Ledelsen

De første jeg møter, er ledelsen ved enheten. Det foreligger ingen fast prosedyre som innbefatter å involvere sykehuspresten ved suicid. Vi kan derfor regne med at tilliten mellom enhetsledelsen og sykehuspresten er til stede, siden jeg er blitt kontaktet raskt etter hendelsen. Jeg blir trolig forstått og fortolket av mine kollegaer med min doble identitet – som både profesjonell nærværsperson og prest. Det er rimelig å anta at det kommunikative overskuddet knyttet til meg som prest, gjør seg gjeldende. Her er det snakk om et brått møte med død, og det er noe ved presterollen som ønskes her. Forventningene til meg fra kollegaene er positive.

Sykehuspresten representerer en rolle som gjennom ordinasjonen er initiert til å foreta riter mellom liv og død, og hun kan slik sett representere noe trygt i møte med døden. Det vil ligge et kommunikativt overskudd der, hvor presten blir symbol for noe mer, en større dimensjon, en anelse av noe hellig (Stifoss-Hanssen, 2005). Kanskje prestens ordinasjon og erfaring med gravferder også kan gjøre presten til en slags rituell grenselos for folks befatning med liv og død, en «fører inn i hellighetssonen» (Josuttis, sitert i Akerø, 1999). Men så er ikke sykehuspresten bare dette overskuddet, men også en nærværende profesjonell hjelper. Jeg tenker at begge sykehusprestens identiteter er viktige i denne situasjonen. Det at presten er kjent som person og som profesjonell på sykehuset samt finnes for hånden, er

viktig – i tillegg til dette «mer», som også skiller henne fra de andre. Jeg mener at begge rollene fylles gjennom en fast tilstedeværelse på et sykehus. Dersom sykehuset skulle tilkalt en lokal menighetsprest, ville det være for å utføre en konkret oppgave, for eksempel dødsbudet. En menighetsprest ville ikke være bærer av begge identitetene, ikke profesjonell nærværsperson, men ville likevel være en hjelper etter Josuttis' modell.

Charles Taylor skriver i *A secular age* om tre ulike former for sekularitet (Taylor, 2007, s. 1–3). Den første (sekularitet 1) er at Gud eller religion eller det transcendentе skilles fra staten. Den andre (sekularitet 2) er at Gud eller religion eller det transcendentе er atskilt fra sosiale praksiser og samfunns- liv. I denne sekularitetsforståelsen mener jeg det ligger et implisitt krav om nøytralitet, der det for eksempel ikke er rom for å uttrykke religiøsitet offentlig. Når nøytralitet er idealet, vil det egentlig ikke finnes legitimitet for å ha åndelige omsorgsgivere på institusjoner. Taylor utforsker imidlertid et tredje aspekt ved sekularitet (sekularitet 3) som rommer samtidighet av både religiøs tro og ikke-religiøse livssyn, hvor både det transcendentе og det immanente kan være relevant og gyldig samtidig. Her ligger, så vidt jeg kan se, mulighetene for mangfold samt dialog mellom og sameksistens av ulike former for livssyn – et livssynsåpent samfunn. Her er livssynsåpenhet og ikke nøytralitet. Den nye trossamfunnsloven bidrar til å legitimere denne måten å tenke på gjennom kombinasjonen av trosfrihet (frihet), like vilkår for ulik tro og livssyn (likhet) og sameksistens (brorskap). Jeg er spesielt glad for oppfordringen til å legge til rette for trosuttrykk i det offentlige rom fordi jeg mener det åpner vei for bedre og tydeligere åndelig og eksistensiell omsorg i institusjoner.

Hvordan fyller vi som sykehusprester rollen som hjelper, jamfør Josuttis? Det beste komplimentet en prest fra folkekirken i Innlandet kan få, er at man er så «ællminnelig». Da får man kontakt med folk på like fot, og godt er det. Men hva innebærer egentlig «ællminnelig»? Og hva gjør vi med en slik forventning? Vi som sykehusprester befinner oss kanskje mellom to dårlige ytterpunkter når det gjelder hvorvidt vi skal være alminnelige og ligne våre kollegaer eller være annerledes og skille oss ut fra annet personell på sykehuset. Innenfor modellen presten som hjelper i det religiøst intolerante sekulære samfunnet (sekularitet 2) kan man fristes til å bli så alminnelig at man forsvinner i mengden av hvitkledde hjelpere og strippestriper for det ved det kommunikative overskuddet som Josuttis knytter til grenselosrollen. På den annen side kan man bli så annerledes at man ikke blir brukt til samtaler. For vi er avhengig av våre kollegaer, personalet på postene, for

å gjøre oss tilgjengelig for pasientene. Med for stor avstand kan man bli både opphøyd og nedgradert, både fryktet og glempt. Sykehusprest Kjetil Moen bruker i denne boken uttrykket «passe annerledes» som det optimale. I en passelig annerledeshet tenker jeg at den tillitsfulle kollegialiteten er ivaretatt, samtidig som sider ved det kommunikative overskuddet knyttet til nettopp presterollen kan få plass. Det innebærer å være nærværende hjelper og samtidig bærer av det kommunikative overskuddet, og at Josuttis' prestemodell, *veilederen i hellighetssonen*, blir tatt i bruk når det trengs.

I dette caset henvender ledelsen seg til sykehuspresten, ikke som en tilfeldig blant mange helpere, men som en som, i tillegg til å være «en av oss», er bærer av noe mer. (Dertil står sykehuspresten litt på utsiden når det gjelder det behandlingsmessige ansvaret). Å stå i og å lete etter en slik passelig avstand til kollegaer krever både integritet og kunnskap. Det kan være personlig krevende, for vi trenger tilhørighet akkurat som alle andre mennesker. Det kan oppleves som et krysspres mellom identiteter, som gjenspeiler noe av krysspreset mellom det Taylor benevner som det immanente og det transcendent i kulturen. Og hvis det er slik at det er den passelige avstanden som muliggjør å beholde begge sine identiteter, er det kanskje et faglig poeng å utholde krysspreset og ikke falle for fristelsen til kun å fylle rollen som «den ællminnelige» presten, som er til forveksling lik andre helpere.

Vår kunnskap kan hjelpe oss å stå i dette krysspreset. I vår faglige bagasje, som sjelesørgere og spesialprester, har vi en del kunnskap vi også her kan anvende på oss selv. Levinas' «den annens ansikt» er samtidig kjent og fremmed (Jørgensen, 2016; Levinas, 1972/2006). Vi er del av en stor sammenheng og er som mennesker skapt til fellesskap, men vi er samtidig små mennesker alene under stjernehimmelen og i vår relasjon til Gud. Som sykehusprester må vi i ganske stor grad forholde oss til vår «alenehet» for å kunne være gjestfri og romme den andre (Nouwen, 1975/2006, s. 65). Jeg tenker at en personsentrert samtalepraksis betinger at vi anerkjenner alle menneskers annerledeshet. Ved å betrakte våre konfidenter som samtidig kjente og fremmede kan vi gi en større åpenhet til å lytte oss inn til den andres livsverden. Mennesket *er* annerledes, også vi som er sykehusprester. Selv om det koster litt og avkrever oss å arbeide med vår integritet.

Tilbake til Josuttis og hans tredje prestemodell, «presten som fører inn i hellighetssonen». Hvis jeg skal sette hans modeller i sammenheng med det kommunikative overskuddet i presterollen, er det vel nettopp i

denne modellen jeg vil lete. Når enhetsledelsen i caset står overfor den vanskelige oppgaven det er å informere de pårørende om at det som ikke skulle skje, har skjedd, er det sykehuspresten den henvender seg til. Ved å sende sykehuspresten med dødsbudet vil ledelsen også vise de pårørende den beste omsorgen sykehuset har å tilby. Det er ikke en tilfeldig person som sendes, men en som representerer noe mer, knyttet til grensen mellom liv og død, og som kan ha å gjøre med at presten er en veileder inn i hellighetssonen.

De pårørende

Allerede når moren til avdøde åpner døren og ser sykehuspresten stå der på trappa iført snipp, leser hun situasjonen slik at sønnen er død. Jeg er ikke kjent for de pårørende som prest, men bærer et symboltungt antrekk som i denne konteksten raskt leses raskt som et dødsbud. Hvis vi ser for oss at de pårørende er som mange i Innlandsbygdene folkekirke-medlemmer med et nært forhold til kirken som tradisjonsbærer og forvalter av livsritualer – kan vi tenke oss at det for dem oppleves relevant at det er nettopp en folkekirkeprest som kommer med den vonde beskjeden, og som er hos dem i denne situasjonen. Hvis vi ser på Josuttis' prestemodeller, vil sykehuspresten som kommer, trolig være en kombinasjon av hjelper og veileder eller grenselos for dem som har mistet. Vi kan se for oss at de på forhånd har en fortolkning av presten som representant for det kirken er for dem, og kanskje ikke i så stor grad som helsearbeider (jf. sykehusprestens to identiteter). Slik har de knyttet et kulturelt betinget kommunikativt overskudd til presterollen. Hvis presten også er et slags religiøst symbol (Stifoss-Hanssen, 2005), vil også religionspsykologien kunne hjelpe oss i vårt forsøk på å forstå noe av hva som kan ligge i det kommunikative overskuddet. Ifølge psykoanalytiker Ana-Maria Rizzuto har alle mennesker i den vestlige kulturkretsen indre psykologiske gudsrepresentasjoner, det vil si et slags indre avtrykk av Gud. Disse er formet både av avtrykk etter de viktige omsorgspersonene, av psykologiske erfaringer fra ens fantasier og utvikling som barn og av troskulturen (Rizzuto, 1979). I en fortettet stressituasjon som de pårørende står i, vil en symbolfigur kunne avspeile eller fremkalle denne indre gudsrepresentasjonen. Presten vil kunne stå for det ens indre, ofte ubevisste bilder av Gud står for. Man kan således tenke at det kommunikative overskuddet ikke stammer bare fra ytre erfaringer og kunnskap fra kulturen, men også fra ens egen bevisste eller ubevisste

psykologiske forestilling om Gud. Slik vil gudsbildene kunne være del av det psykologiske overføringsfeltet som alltid er i spill i et betydningsfullt møte mellom mennesker.

Hvordan kan så sykehuspresten være en ressurs for de pårørende i dette caset? Det kan hende gudsbildene er overveiende gode, og at presten dermed symboliserer mest godt i det vonde. Da vil sykehuspresten være en god ressurs for dem. Men hva hvis gudsbildene er mest vanskelige? Er det da fare for at det blir motsatt? Jeg tenker at vi må ta høyde for at symboleffekten kan slå flere veier.

Så kan vi videre lure på om det er viktig for de pårørende at presten kommer fra sykehuset, eller om den doble identiteten ikke er av betydning. Det kan hende de bare ser en prest. Men det kan også hende de ser en sykehusansatt, en som er på lag med dem som er ansvarlig for at selvmordet kunne finne sted. Dersom de ser begge deler, kan rollen også bli sammenblandet for dem. For sykehusledelsen er det kanskje godt å kunne tilby et menneske som også er prest, som har en del av sin identitet knyttet til sykehuset. Men for de pårørende er det mulig at en menighetsprest ville kunne gi bedre omsorg for dem som har mistet sin kjære i suicid på et sykehus, nettopp fordi identiteten utelukkende er knyttet til kirken. Dette spørsmålet mener jeg er noe som bør drøftes tverrfaglig i praksisfeltet.

Prester er trent i å støtte og være hos mennesker i krisesituasjoner, og sykehusprester har videre tilleggskompetanse gjennom sin spesialistutdanning. Min egen og kollegaers erfaring tilsier at vi utgjør en viktig ressurs for pårørende etter suicid. Tilliten bygges allerede fra nærværet i krisesituasjonen. Kanskje kjente vi også avdøde fra sykehuset og kan minnes personen sammen med de pårørende. Til sammen danner dette grunnlag for meningsfull støtte gjennom sorgprosesser som kan være langvarige og kompliserte etter et slikt tap.

De involverte ansatte

Når vi kommer til støttesamtale med gruppen av ansatte som var involvert i hendelsen, har vi med et større tros- og livssynsmessig mangfold å gjøre. Det er en situasjon hvor dialogtenkning og -ferdigheter er en forutsetning for at samtalen skal fungere godt. Sammen med den personlige faktoren vil det være avgjørende med tanke på sykehusprestens legitimitet, og for om man oppleves som en ressurs eller ei. Man vil kunne

anta at noen i gruppen ser noe symbolsk ved prestens rolle som grenselos, som kan oppleves som en ekstra ressurs i situasjonen (jf. Josuttis, sitert i Akerø, 1999). Men for humanetikeren i gruppen kan det hende at det kommunikative overskuddet til sykehuspresten ikke har noen betydning i det hele tatt, eller at det er noe negativt. Fra den muslimske legens perspektiv kan det tenkes at en religiøs lederskikkelse forbindes med noe helt annet enn fra en folkekirkekristens perspektiv. Kanskje sykehuspresten for denne legen representerer noe tvetydig og udefinerbart, med en rolle som er vanskelig å forstå, og som derfor eventuelt også er knyttet til et visst ubehag. Eller det kan ligge noe positivt i en felles erfaring av og kompetanse på det å tro.

Det alle gruppedeltakerne imidlertid deler, er at de befinner seg i en krisesituasjon på et offentlig sykehus i et sekulært samfunn. Det som blir viktig, er hvordan gruppedeltakerne erfarer at sykehuspresten fremstår og handler i situasjonen, og da mener jeg først og fremst hvordan jeg får dem til å tenke og føle om seg selv, inkludert de tros- og livssynsmessige ressursene de selv bærer med seg. Men det er også viktig at sykehuspresten er nettopp sykehusprest – selv om det vil innebære stor grad av tros- og livssynsmessig annerledeshet i møte med flere. Åpenheten, ikke nøytraliteten eller lukketheten, er en forutsetning for at de ulike deltakerne vil kunne dra nytte av sine egne tros- og livssynsmessige ressurser. Raag Rolfsen henspiller på Husserl når han skriver at «en menneskelig livsverden, forstått som et åpent mulighetsrom, er utenkelig uten at separate dialogpartnere snakker sammen» (Rolfsen, 2016, s. 299). Å være separat innebærer å være i annerledesheten og å se etter den andres annerledeshet. Og det vil kanskje kunne gi større rom for deltakerne i gruppen til å hente frem egne tros- og livssynsmessige ressurser hvis sykehuspresten innehar rollen sin på en tydelig måte: At hun er både hjelper (helsearbeider) og veileder (ordinert prest) sendt av kirken. Jeg mener at det i en slik situasjon er nettopp den doble identiteten til sykehuspresten som gjør at hun kan ha noe ekstra å gi – men ikke uten videre. Ifølge Charles Taylor (2007) er etterspørsel etter autentisitet et kjennetegn ved senmoderne samfunn. Derfor blir persondimensjonen ved prestedtjenesten tilsvarende betydningsfull (Kaufman et al., 2016, s. 50). Sykehuspresten må fremstå som et autentisk menneske, og jeg må rett og slett by litt på meg selv.

En ufarlig måte å by på seg selv på er å bruke selvironi. Her kommer villigheten til å være «klovn» inn – ikke en tullebukk eller gjøgler, men en klok klovn som med intendert godhet spontant kan stille seg i en utsatt

posisjon. Dostojevskijs karakter Myskjinn i *Idioten* (1868/1990) og Sosima i *Brødrene Karamasov* (1880/2001) er for meg litterære forbilder på denne posisjonen. Begge ledes av godhet for andre, der den andre er i sentrum, ikke jeg-et. Klovnene er åpne. Hun har frihet til å sette ting på hodet, se med skråblikk på situasjoner, gjøre de overraskende handlingene og stille de «dumme» spørsmålene ut fra en åpen ikke-vitende posisjon. Dette mener jeg er nyttig også i dialogssammenheng. Den kloke klovnene ser paradoksene i sitt eget liv slik hun også ser paradoksene i andres liv (Capps, 2005, s. 120) Klovnene er inkluderende og aksepterende og kan være nyttig for meg å ha med meg i mitt rollerepertoar som sykehusprest.

Med meg inn i denne gruppen ville jeg ønske å ha en mangfoldsbevissthet om tro og livssyn. Dersom jeg fremstår som tydelig og ikke selv aktivt underkommuniserer det kommunikative overskuddet som tilligger rollen min, vil det antakeligvis også være lettere for deltakerne å ta i bruk sin egen tro som ressurs i denne vanskelige situasjonen. Selv om jeg her ikke er veileder inn i hellighetssonen i liturgisk forstand, vil det kanskje kunne fungere slik at jeg, ved å være prest, indirekte åpner for tematisering av tros- og livssystemer.

Når en konfident eller en annen som har med sykehuspresten å gjøre i en slags form for utleverthet, har et annet tros- og livssynsmessig ståsted enn sykehuspresten, kommer vedkommende automatisk i en dialogposisjon som kanskje ikke uten videre er ønsket eller ok (Grung & Bråten, 2019). Dialog betinger, som kjent, to parter som gir seg selv til kjenne. Iselin Jørgensen (2016) argumenterer for at vi nettopp ved ikke å komme fra samme trostradisjon kan se hverandre med et friskere blikk med større respekt fordi vi ser utenfra. Hun skriver om Emmanuel Y. Lartey, som er opptatt av å utvikle respekt for forskjeller i den interkulturelle sjelesorgen. Slik respekt innebærer at vi er nysgjerrig både på individets universelle, kulturelle og unike trekk, og at vi ikke først og fremst skal søke å identifisere oss med den andre, men skal se den andre som en ukjent, som et mysterium. Dette er jeg enig i.

Når jeg leder gruppen mennesker som står i denne kritiske situasjonen, må jeg være oppmerksom på ulikhetene. Kanskje blir forskjellene tydeligere også ved at jeg er prest. I beste fall vil det kunne skapes en lyttende kultur i gruppen, der alle er respektfullt interessert i hverandre som annerledes enn dem selv. Og i beste fall er sykehuspresten også passe annerledes i utgangspunktet ...

Oppsummering, konklusjon og utblikk

Jeg har undersøkt ulike aspekter ved hvordan vi kan forstå sykehuspresten som ressurs i møte med mennesker på sykehus i et tros- og livssynspluralt samfunn. Dette har jeg gjort ved å drøfte et oppdiktet case fra psykiatrien ved hjelp av begrepene dobbel identitet og kommunikativt overskudd. Jeg formet caset slik at jeg kunne drøfte tre grupper med ulike innfallsvinkler til sykehusprestrollen.

Når jeg har drøftet sykehusprestens møte med ledelsen, har jeg sett på ulike forståelser av sekularitet, og på hvordan de ulike forståelsene påvirker legitimiteten av sykehusprestens tilstedeværelse. En sekularitetsforståelse som peker mot livssynsneutralitet, mener jeg er hemmende for tjenesten. Den kan påvirke tjenesten mot en utflating av den doble identiteten, og presterollen kan bli for mye «presten som hjelper» (jf. Josuttis), til forveksling lik andre hjelpere, og for lite «presten som veileder inn i hellighetssonen», med det kommunikative overskuddet det innebærer. En forståelse av sekularitet som favner både det immanente og det transendente ved tilværelsen, vil være å foretrekke for å kunne utvikle tjenesten innenfor rammen av et livssynsåpent samfunn. Med NOU-en fra 2013 og den nye trossamfunnsloven på plass mener jeg det åpner seg et større rom for å yte god og likeverdig åndelig og eksistensiell omsorg på en offentlig arena.

Jeg drøftet videre møtet med de pårørende med en innfallsvinkel knyttet til noe av det som kan ligge i det kommunikative overskuddet, nemlig en forbindelse mellom psykologiske gudsbilder og presten. En slik forbindelse kan slå ut på godt og vondt; folk vi møter er sårbare, og sykehuspresten har autoritet i rollen. Derfor mener jeg det er viktig å ha en bevissthet på at gudsbilder også kan befinne seg i overføringsfeltet og dermed i det kommunikative overskuddet som følger forventninger og fortolkning av sykehusprestrollen.

I drøftingen med utgangspunkt i de involverte ansatte hadde jeg søkelys på tros- og livssynsmangfold som jeg hadde lagt inn i da jeg utformet denne konstruerte gruppen. Slik fikk jeg sett på mulige ulike oppfatninger av hva presterollen kommuniserer, og jeg fikk drøftet dette som et dialogisk møte i et åpent mulighetsrom mellom separate parter. Jeg så at persondimensjonen er viktig, sammen med mangfoldsbevissthet og et menneskesyn preget av at vi er forskjellige.

I et samfunn hvor sekularitetsforståelsen dessverre i stor grad er preget av at religion ikke skal kommuniseres, trenger vi som forvalter en

slik rolle ved offentlige institusjoner, noen ufarliggjørende grep vi kan bruke. Når konteksten nå engang er slik den er, tenker jeg på å bruke slike grep som en del av jobben min. Det er pasientenes beste som er det viktige. Vi skal finne veier til å gi dem den åndelige og eksistensielle omsorgen de ønsker og trenger, og vi er avhengig av våre kollegaers tillit for å kunne yte denne omsorgen. Vi skal stå i vår doble identitet, med passe avstand for å gi rom for det kommunikative overskuddet. Vi skal være passe annerledes for å bli brukt. Den mangefasetterte klovnemetaforen er for meg god å ha som en av mange indre roller å fortolke min sykehusprestrolle fra.

Jeg tenker at vi i vår tjeneste som sykehusprester vil være med på å utvikle det livssynsåpne samfunnet. Jeg mener at sykehusprestenes erfaring og kompetanse er selvsikre elementer som basis for denne utviklingen, både fordi vi trosmessig gjenspeiler et fundament for majoriteten av befolkningen og fordi vi er bærere av en kombinasjon av kunnskap og ferdigheter ingen andre har. Dertil har vi lenge vært og er til stede på sykehusene i en rolle folk forbinder med noe. Men vi må vite at vi representerer en majoritetsreligion, og vi må aktivt legge til rette for å utvide tilbudet til folk med annen tros- og livssynsbakgrunn. Tjenesten må utvikles slik at prinsippet om likeverdige helsetjenester ivaretas. Det holder ikke å la en muslim be på et håndkle på pasientrommet sitt eller å tilby et kirkerom for ettertanke for en humanetiker.

Jeg imøteser at flere utdannede ledere fra ulike tros- og livssynssamfunn kommer på banen med relevant kompetanse som jeg håper de får tilbud om å skaffe seg. Likeledes imøteser jeg at sykehusene ser behovet for å utvide og utvikle tros- og livssynstjenesten i møte med det livssynsåpne samfunnets mangfold som gjenspeiler seg i pasientbefolkningen.

I fremtiden går vi etter sigende mot en sterkere grad av kommunal ivaretagelse av en del funksjoner som i dag ligger innenfor spesialisthelsetjenesten. I Nederland er man allerede i gang med den utviklingen (Zock, 2019, s. 16), og det er ønskelig at det planlegges for at en profesjonell åndelig og eksistensiell omsorg kan være tilgjengelig for pasientene også utenfor institusjonene. Det blir spennende å følge utviklingen og være med på tilrettelegging til beste for alle pasienter, pårørende og personell, slik at de kan få likeverdig støtte til å håndtere livskriser og eksistensielle spørsmål og hjelp til å finne frem sine egne spirituelle kilder til mestring og mening.

Referanser

- Akerø, H. A. (1999). Veileder i hellighetssonen: en presentasjon av M. Josuttis pastoralteologi. I Hougsnæs, M. H. (Red.), *Kirken, lekfolket og presteskapet* (s. 119–133). Kirkens arbeidsgiverorganisasjon.
- Berthelsen, E. & Stifoss-Hanssen, H. (2014). Eksistensielle samtaler og religiøs betjening i helseinstitusjoner. I L. J. Danbolt, L. G. Engedal, K. Hestad, L. Lien & H. Stifoss-Hanssen (Red.), *Religionspsykologi* (s. 383–387). Gyldendal Akademisk.
- Capps, D. (2005). The wise fool reframed. I R. C. Dykstra (Red.), *Images of pastoral care: Classic readings* (s. 108–122). Chalice Press.
- Christensen, H. R., Høeg, I. M., Kühle, L. & Nordin, M. (2019). Rooms of silence at three universities in Scandinavia. *Sociology of Religion*, 80(3), 299–322. <https://doi.org/10.1093/socrel/sry040>
- Dostojevskij, Fjodor: Idioten, Solum forlag 1990 (opprinnelig utg. russisk verk 1868).
- Dostojevskij, Fjodor: Brødrene Karamasov, Solum Forlag 2001 (opprinnelig utg. russisk verk 1880).
- Grung, A. H. & Bråten, B. (2019). Chaplaincy and religious plurality in the Norwegian context. *Tidsskrift for praktisk teologi*, 36(2), 71–80. <https://doi.org/10.48626/tpt.v36i2.5356>
- Jørgensen, I. (2016). Sjelesorg i dialog – om den kristne sjelesørgeres rolle i en flerreligiøs kontekst. I B. Fagerli, A. H. Grung, S. T. Kloster & M. Onsrud (Red.), *Dialogteologi på norsk* (s. 182–195). Verbum Akademisk.
- Kaufman, T. S., Felter, K. D. & Gaarden, M. (2016). Person og preste-tjeneste: persondimensjonens betydning for prestens profesjonsutøvelse. *Tidsskrift for praktisk teologi*, 33(2), 45–57. <https://doi.org/10.48626/tpt.v33i2.5200>
- Levinas, E. (2006). *The humanism of the other*. (N. Poller, Overs.). University of Illinois Press. (Opprinnelig utg. 1972)
- Nouwen, H. J. M. (2006). *Å søke en helhet*. (K. Wangensteen-Grøv, Overs.). Verbum. (Opprinnelig utg. 1975)
- NOU 2013: 1. (2013). *Det livssyns åpne samfunn: en helhetlig tros- og livssyns-politikk*. Kulturdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2013-1/id711212/Prop.130.L.2018-2019.Lov.om.tros-og.livssynsamfunn.trossamfunnsloven>. Barne- og familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-130-l-20182019/id2660940/>
- Rolfsen, R. (2016). Dialog og åpenhet. Et religionsfilosofisk bidrag. I B. Fagerli, A. H. Grung, S. T. Kloster & M. Onsrud (Red.), *Dialogteologi på norsk* (s. 294–309). Verbum Akademisk.
- Rizzuto, A.-M. (1979). *The birth of the living God*. University of Chicago Press.
- Rykkje, L. & Austad, A. (Red.). (2020). *Eksistensielle begreper i helse- og sosialfaglig praksis*. Universitetsforlaget
- Schnell, T. (2020). *The psychology of meaning in life*. Routledge.
- Stifoss-Hanssen, H. (2005). Et hellig og ganske allminelig [sic] menneske: om presten som religiøst symbol. *Nytt norsk kirkeblad*, (7), 7–40. <https://www.tf.uio.no/forskning/publikasjoner/nytt-norsk-kirkeblad/nnk-i-pdf/nnk-2005-07.pdf>
- Sørensen, T. & Kvande, M. N. (2014). Er de troende friskere?. I L. J. Danbolt, L. G. Engedal, K. Hestad, L. Lien, H. Stifoss-Hanssen (Red.), *Religionspsykologi* (s. 303–314). Gyldendal Akademisk.
- Taylor, C. (2007). *A secular age*. Belknap Press.
- Torbjørnsen, T. (2011). «Gud hjelpe meg!» *Religiøs mestrings hos pasienter med Hodgkins syndrom: en empirisk, religionspsykologisk studie* [Doktorgradsavhandling]. Menighetsfakultetet.
- Timmins, F., Caldeira, S., Murphy, M., Pujol, N., Sheaf, G., Weathers, E., Whelan, J. & Flanagan, B. (2018). The role of the healthcare chaplain: A literature review. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 24(3), 87–106. <https://doi.org/10.1080/08854726.2017.1338048>
- Zock, H. (2019). Chaplaincy in the Netherlands: The search for a professional and a religious identity. *Tidsskrift for praktisk teologi*, 36(2), 11–21. <https://doi.org/10.48626/tpt.v36i2.5347>