

**Det er ikke sykdommen som er problemet,
- det er livet som er problemet.**

Et diakonalt blikk på de åndelige og eksistensielle samtalene på legekantoret.

Arvid Karsten Kaspersen

VID vitenskapelige høyskole
Diakonhjemmet høyskole

Masteroppgave
MADIA 599 - Master i Diakoni
Veileder: Marta Høyland Lavik

Antall ord: 25156

Dato 15.05.2020

Sammendrag:

Oppgavens hensikt

I denne oppgaven har jeg ønsket å rette et diakonale blikk på de åndelige og eksistensielle samtaleene på legekantoret. I hvilken grad og på hvilken måte kommer åndelige og eksistensielle problemstillinger til uttrykk på legekantoret? Er legene livsfilosofier sammen med sine pasienter når sykdom og lidelse rammer, like mye som de er leger? Hva er legenes utfordringer i disse konsultasjonene, og hvordan utfordrer dette diakonien?

Fokusområde og problemstilling

For å innhente et materiale som jeg kunne studere i lys av diakonifaglig teori, landet jeg på følgende problemstilling:

Hvordan opplever allmennleger å møte pasienter som strever med problemstillinger av åndelig og eksistensiell karakter?

I tillegg til det diakonale blikket, har jeg supplert med psykiatrisk teori av Victor Frankl, og sosiologisk teori ved Aron Antonovsky. For å binde sammen de diakonifaglige, psykiatriske og sosiologiske teoriene har jeg hentet inspirasjon fra den danske teologen Niels Christian Hvidt. Dette mener jeg har bidratt til å sette det diakonifaglige inn i en større sammenheng.

Metode

Jeg har gjennomført ett fokusgruppeintervju med åtte leger og ett individuelt intervju med en lege, og benyttet en kombinasjon av tematisk og teoretisk analyse av datamaterialet. Selv om datamaterialet fra ett gruppeintervju og ett individuelt intervju er begrenset, har det likevel gitt verdifull innsikt i problemstillingen og mulighet for å gjennomføre en diakonifaglig refleksjon.

Funn

Åndelige og eksistensielle samtaler mener legene er vanlige, viktige og svært effektive i pasientbehandlingen. Utfordringene er likevel mange, både på individuelt, strukturelt, faglig og politisk nivå. Kirken mener selv å ha et helseoppdrag og i diakonien ligger et omsorgsansvar. I dette finnes det muligheter for ny forståelse av å være kirke i dagens samfunn.

Konklusjon

God åndelig og eksistensiell omsorg har stor betydning for enkeltmennesker og trolig en betydelig samfunnsøkonomisk verdi. God åndelig og eksistensiell omsorg hører ikke bare til på legekantoret, men er en oppgave og et ansvar for alle som møter mennesker i lidelse og nød. Tiden er inne til å etablere og utvikle faget Åndelig og eksistensiell omsorg for helse- og sosialarbeidere, inkludert diakonen. Jeg utfordrer VID Vitenskapelige høgskole til denne oppgaven!

Forord:

Etter å ha arbeidet i 30 år med sosialfaglig veiledning, administrasjon og ledelse, fant jeg en ny yrkesvei i diakonalt arbeid. Denne nye veien på min livsvandring har gått via masterstudiet i Diakoni ved VID Vitenskapelige høgskole på Diakonhjemmet i Oslo. Studiet har vært en sporlek med mange spennende og utviklende poster og med denne masteroppgaven har jeg kommet frem til siste post. Vel, en lek har det ikke bare vært, men store spor har det uansett satt i mitt liv.

Jeg vil takke alle mine medstudenter som jeg har fått leke sammen med disse fire årene. En stor takk også til alle lærerne som har stått på hver sin post og gjort studiet både meningsfylt og berikende.

Min veileder, Marta Lavik Høyland, har vært til god hjelp med både oppmuntring og gode råd, og for det skylder jeg henne en stor takk. Den støtten jeg har fått av min arbeidsgiver, Stiftelsen Utstein Pilegrimsgard, har vært av stor verdi, og jeg må også takke Stavanger bispedømme og Stavanger fellesråd som har bidratt til å gjøre dette studiet mulig.

Min kjære kone, Hanne, som har latt meg få reise, lese og skrive, og i tillegg hatt klokkeetro på meg som student i godt moden alder, har betydd mest av alt. Mange takk!

Innhold:

1	Innledning	7
1.1	Fokusområde, problemstilling og forskningsspørsmål	10
1.2	Valg av metode og teoretisk tilnærming	11
1.3	Annen forskning på området	12
1.4	Nytteverdi	13
1.5	Oppgavens oppbygning	13
1.6	Avgrensninger	14
2	Teori	15
2.1	Postmodernisme og sosialkonstruksjonisme	15
2.2	Diakonivitenskapelig teori	16
2.2.1	Hvorfor er diakoni relevant?	17
2.2.2	Innledning om diakoni	19
2.2.3	Samtalen som verktøy	21
2.2.4	Det diakonale rommet	22
2.2.5	Det diakonale oppdraget	23
2.2.6	En diakoni for «hvermannsen»	23
2.2.7	Det diakonale mangfold	24
2.3	Psykiatrisk teori ved Victor Frankl	24
2.3.1	Frankls bidrag til psykoterapien:	25
2.4	Sosiologisk teori ved Aaron Antonovsky	27
2.4.1	Mestringsressurser hos Antonovsky	27
2.5	Et møtested for diakoni, psykologi og sosiologi	29
3	Metode	32
3.1	Valg av metode og teoretisk ståsted	32
3.2	En fokusgruppe og ett individuelt intervju	34
3.3	Utforming av intervjuguide	35
3.4	Rekruttering av informanter	37
3.5	Utvalg og gjennomføring av intervjuer	38
3.6	Transkribering	40
3.7	Analysemetode	40
3.8	Litteratursøk	41
3.9	Etiske dilemmaer	42
3.10	Reliabilitet og validitet	43
3.11	NSD	44

3.12	Kritikk av metodevalg	44
4	Analyse.....	46
4.1	Innledning til analysearbeidet	46
4.2	Struktur i analysearbeidet	48
4.3	Resultater	59
5	Drøfting og konklusjoner.....	66
5.1	Struktur for drøftingen	66
5.2	Forskningsspørsmål 1:	69
5.2.1	I hvilken <i>grad</i> og på hvilken <i>måte</i> berøres åndelige og eksistensielle spørsmål i pasientbehandlingen?	69
5.2.2	Diakonalt blikk på spørsmål 1:.....	71
5.3	Forskningsspørsmål 2:	72
5.3.1	I hvilken grad og på hvilken måte opplever dere at spørsmål av åndelig og eksistensiell karakter kan ha betydning for en pasients <i>sykdomsbilde</i> og <i>tilfriskning</i> ?	72
5.3.2	Diakonalt blikk på spørsmål 2:.....	75
5.4	Forskningsspørsmål 3:	76
5.4.1	I hvilken grad og på hvilken måte vurderer dere oppfølging av åndelige og eksistensielle spørsmål som et av deres <i>oppgave-</i> og <i>ansvarsområder</i> ?	76
5.4.2	Diakonalt blikk på spørsmål 3:.....	78
5.5	Forskningsspørsmål 4:	79
5.5.1	Hva er de største utfordringene i møte med pasienters åndelige og eksistensielle problemer? 79	
5.5.2	Diakonalt blikk på spørsmål 4:.....	82
5.6	Forskningsspørsmål 5:	83
5.6.1	Kan religiøse trossamfunn generelt, og Den norske kirke spesielt være en <i>ressurs</i> i pasientbehandlingen – i tilfelle hvordan?	83
5.6.2	Diakonalt blikk på spørsmål 5:.....	84
5.7	Forskningsspørsmål 6:	84
5.7.1	Vil dere dele andre erfaringer eller tilføye andre tanker omkring problemstillingen? 84	
5.7.2	Diakonalt blikk på spørsmål 6:.....	85
5.8	Psykiatrisk perspektiv	85
5.9	Sosiologisk perspektiv	86
5.10	En sammenfatning av diakonalt, psykologisk og sosiologisk perspektiv.....	87
6	Konklusjon og nye muligheter	90
	Litteratur: 92	
	Vedlegg: 94	

1 Innledning

I livets motbakker tror jeg mange spør seg selv et hvorfor, hva er meningen, hva skjer nå? Mange kan kjenne på en lengsel etter noe utenfor seg selv, og lete etter holdepunkt i livet når utfordringene blir store og uoverkommelige. Hvem går folk flest til da? Jo, til fastlegen.

For lang tid tilbake var legen, sykepleieren, presten og diakonen én og samme person, munken eller nonnen. I klostrene fikk folk stell og pleie når de var syke, et ord fra Bibelen, og forbønn om de ønsket det. I klostrene var det hjelp og behandling å få både med medisiner og urter, og selvsagt ble jordmoren hentet fra klosteret når et nytt barn meldte sin ankomst. Senere oppsto et skille mellom helsetjenesten og kirken.

Kanskje var ikke skillet til å unngå med en gradvis sekularisering av samfunnet. Enkelte vil nok mene det er positivt at båndene mellom kirke og helse ble løst opp, mens andre vil ønske at hjelp for det kroppslige og det åndelige ikke var delt i ulike sektorer i hjelpeapparatet. Om vi ser tilbake til klostrenes omfattende behandling er det fristende å stille spørsmålet: Hvor kan vi oppleve helhetlig omsorg i dag? Er tiden inne for å tenke gjennom dette på nytt? I arbeidet med denne oppgaven har jeg oppdaget spennende muligheter i samtale med noen leger.

Mange går til fastlegen når noe er vanskelig i livet, og ikke til presten eller diakonen. Jeg har en forestilling om at legen mange ganger i møte med pasienters lidelser er mer livsfilosof enn medisiner, og at det ofte er legen som åpner den åndelige og eksistensielle døren inn til menneskers sinn.

I denne oppgaven har jeg spurt hvordan en gruppe allmennleger opplever den åndelige og eksistensielle samtalen på legekantoret. Allmennleger er her avgrenset til leger som i hovedsak har sin legepraksis i kommunene og ikke på institusjoner, og jeg bruker ordet allmennlege og fastlege om hverandre i denne oppgaven. På sykehus og sykehjem er det en lengre tradisjon for samtaler av åndelig og eksistensiell karakter, spesielt i forbindelse med palliativ omsorg, død og alvorlige traumer. Også på distriktpsikiatriske senter, fengsel og andre institusjoner er dette vanlige samtaler i forbindelse med selvmordsforsøk, psykiske lidelser og frihetsberøvelse.

Min interesse er de åndelige og eksistensielle samtalerne blant folk flest i møte med fastlegen på legekantoret. Denne interessen fikk næring da jeg møtte dame som fortalte om et dødsfall som berørte henne sterkt og som satte henne ut av funksjon. Hun fikk god støtte fra sin fastlege, var sykemeldt en lengre periode, men ble stående fast i et destruktivt mønster. Etter en tid foreslo legen henvisning til psykolog. Til det svarte hun: «Jeg er jo ikke syk, jeg har det bare vanskelig!»

Det var mitt møte med denne dama og denne konkrete setningen hennes som fikk meg til å lande på temaet for denne oppgaven.

Kvinnen jeg møtte valgte å kontakte en prest, og etter flere samtaler med presten kom det til et vendepunkt for henne. Hun hadde knapt satt sin fot i en kirke tidligere, og hadde heller ingen ønsker om å gjøre det. Men i den situasjonen hun var kommet i, var det å snakke om mening helt nødvendig for henne. Hun ville ikke snakke om Gud, bare om mening og innhold i eget liv, og tenkte at presten kunne være en adekvat samtalepartner.

Etter flere samtaler med presten, som respekterte hennes ønske om ikke å snakke om Gud, og etter hvert som tiden gikk, vokste det frem en lengsel og en tro hos henne. De åndelige og eksistensielle samtalerne fikk stor betydning og forandret hennes liv. Kvinnen jeg møtte heter Anita Reitan og jeg har fått lov å ta dette med i denne oppgaven. Anita har selv fortalt om sin åndelige reise i avisen Vårt Land den 7. februar 2020.

Flere opplevelser den siste tiden har befestet dette emnet om å finne ut hvordan mennesker kan få hjelp med åndelige og eksistensielle spørsmål. Etter et seminar i vinter, ga jeg skyss hjem til en kvinne. Turen tok halvannen time og vi pratet i bilen. Hun fortalte om flere innleggelse på sykehuset. I samtale med legen ved utskrivingen etter en innleggelse noen uker tidligere, hadde legen anbefalt henne å kontakte en diakon når hun kom hjem. Hun visste ikke hva en diakon var, men googlet ordet og fant ut at det hadde med kirken å gjøre. Hun ringte det lokale kirkekontoret og fikk avtalt et møte med diakonen. Hvordan det har gått med henne vet jeg ikke, for jeg har ikke snakket med henne etterpå.

Et par jeg møtte for en tid siden fortalte at deres eldste barn hadde avsluttet sitt liv på egenhånd. Tenåringen hadde hatt det vanskelig lenge, men var inne i en god periode. Selvmordet kom derfor som et sjokk på både familien og deres venner. Familien har fortalt

meg at de har hatt god og avgjørende støtte gjennom krisen i et kirkelig fellesskap. Å høre deres historie har satt dype spor i meg.

Slik kunne jeg fortsette, med flere fortellinger fra mennesker jeg har møtt. Mange ganger har jeg lurt på hvorfor jeg får høre disse historiene, men hver gang kommer jeg til det samme svaret; fordi jeg spør. En gang for flere år siden arbeidet jeg med oppfølging av sykemeldte på rehabiliteringstiltak og fikk høre omtrent dette:

Du sitter der og spør så direkte og lytter så inderlig med hele deg, og du spør slik at jeg bare må fortelle og fortelle. Det er litt skremmende og ganske ubehagelig, men så er det litt godt også, og jeg trenger det.

Sykemeldt klient i midten av 50-årene

Jeg tenker at alle disse historiene handler om noe dypt menneskelig og grunnleggende, nemlig at livet er uforutsigbart, foranderlig og sammensatt, og at mange i kritiske perioder i livet trenger en helhetlig hjelp og støtte.

I denne oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i en vid forståelse av hva åndelige og eksistensielle temaer kan være. Begrepet *åndelig* blir gjerne forbundet med noe religiøst og ofte det kristne i vårt samfunn og i menneskers liv. Det filosofiske begrepet *eksistensiell* oppfattes trolig som mer åpent omkring noe grunnleggende ved det å være menneske. Som ordpar ønsker jeg å inkludere alle religiøse og eksistensielle perspektiv.

I mitt møte med allmennlegene har jeg ikke stilt spørsmål om hva som har vært tema i de åndelige og eksistensielle samtaler med pasientene. Både leger og pasienter kan ha ulike ståsted, oppfatninger av, og utgangspunkt for slike samtaler, og mitt anliggende har vært å ikke avgrense tematikken til bestemte fenomen eller former og risikere å utelate eller ekskludere viktige momenter underveis. Med tanke på at legene møter mennesker med ulike livserfaringer fra ulike kulturer, tradisjoner og religioner, har det vært viktig med en bred tilnærming til temaet. Jeg kommer likevel inn på forståelsen av begrepene i den videre teksten der det er aktuelt eller spesielt viktig å være observant på dette.

1.1 Fokusområde, problemstilling og forskningsspørsmål

Jeg vil allerede i innledningen understreke at mitt fokusområde er om de åndelige og eksistensielle samtaler på legekantoret er av interesse for kirken generelt, og diakonien spesielt. Å se på allmennlegenes erfaringer med et diakonalt blikk er hensikten med denne oppgaven. For å reflektere nærmere rundt mitt fokusområde har jeg valgt følgende problemstilling for min undersøkelse:

Hvordan opplever allmennleger å møte pasienter som strever med problemstillinger av åndelig og eksistensiell karakter?

Jeg har i dette prosjektet undersøkt hvordan noen allmennleger har tenkt og arbeidet med tematikken i møte med sine pasienter. Dette er ikke en redegjørelse av hva åndelige og eksistensielle temaer er, hvilket omfang de har, eller hvordan disse håndteres eller bør håndteres. Mitt anliggende er snarere å gi en sammenstilling av noen erfaringer fra praksis, og reflektere over disse erfaringene ut fra et diakonifaglig perspektiv.

For å belyse problemstillingen har jeg tatt utgangspunkt i disse forskningsspørsmålene:

- 1. I hvilken grad og på hvilken måte berøres åndelige og eksistensielle spørsmål i pasientbehandlingen?*
- 2. I hvilken grad og på hvilken måte opplever legene at spørsmål av åndelig og eksistensiell karakter kan ha betydning for en pasients sykdomsbilde og tilfriskning?*
- 3. I hvilken grad og på hvilken måte vurderer legene oppfølging av åndelige og eksistensielle spørsmål som ett av sine oppgave- og ansvarsområder?*
- 4. Hva er de største utfordringene i møte med pasienters åndelige og eksistensielle problemer?*
- 5. Kan religiøse trossamfunn generelt, og Den norske kirke spesielt være en ressurs i pasientbehandlingen – i tilfelle hvordan?*

Hensikten med forskningsspørsmålene har vært å danne en struktur og avgrensning for innsamling av erfaringer. I tillegg gir de retning for analyse og tolkning av erfaringene. De to første forskningsspørsmålene handler om den temabaserte dialogen i lege-pasientrelasjonen. Det tredje og fjerde spørsmålet handler om legens forståelse av tematikken relatert til sin yrkesrolle og samfunnsoppgave. Det siste spørsmålet vender

blikket ut av legekantoret og lege-pasientrollen for å se etter ressurser utenfor legekantoret. Jeg har også gitt legene en åpen mulighet til å dele tanker og refleksjoner utover det jeg har spurt om.

I denne oppgaven benytter jeg begrepene lege (profesjon), allmennlege (leger som arbeider i med allmennmedisin på kommunenes legekantor og fastlege (pasienters personlige lege). Begrepene i teksten henviser til den aktuelle rolle eller funksjon til enhver tid.

1.2 Valg av metode og teoretisk tilnærming

Jeg har valgt kvalitativ forskningsmetode som tilnærming til problemstillingen, og benyttet fokusgruppe som intervjumetode. Den kvalitative tilnærmingen har jeg valgt med utgangspunkt i eget sosialfaglig og diakonifaglig ståsted. Som intervjumetode innebærer fokusgruppe å samle en gruppe informanter som diskuterer et bestemt tema med hverandre innenfor en gitt tidsramme (Malterud, 2012, s. 18-21). Informantene kan utveksle og dele erfaringer i et samspill når fokusgruppe benyttes som plattform for datainnsamling (Halkier, 2016, s. 28). Siden jeg ikke har til hensikt å frembringe universelle fakta om min problemstilling, men å benytte noen allmennlegers erfaringer som grunnlag for en diakonifaglig refleksjon, mener jeg fokusgruppe tjener mitt formål godt. Etter fokusgruppeintervjuet ble jeg anbefalt å kontakte en ekstra lege med erfaringer og tanker omkring min problemstilling, og jeg valgte å intervju ham individuelt i ettertid. Jeg vil vise hvordan dette ble håndtert i metodekapittelet og analysen.

Jeg har valgt en diakonivitenskapelig referanseramme i mitt analysearbeid, men vil trekke inn noen andre teorier for å supplere den diakonifaglige tilnærmingen.

Dette er en masteroppgave i diakoni. Ifølge kirkens *Plan for diakoni* defineres diakoniens teologiske grunnlag slik: «Diakoni er kirkens omsorgstjeneste. Den er evangeliet i handling og uttrykkes gjennom nestekjærlighet, inkluderende fellesskap, vern om skaperverket og kamp for rettferdighet» (Kirkerådet, 2008, s. 9).

Videre har kirkerådet i dokumentet *Kirke og helse* gitt klare føringer for at kirken har et helseansvar og et helseoppdrag i samfunnet (Kirkerådet, 2015). Her drøftes velferdsstaten som kontekst for kirkens helseoppdrag og hva som er kirkens helseoppdrag i vår tid. Om det

dermed finnes forbindelseslinjer mellom kirkens diakonale samfunnsoppdrag og den åndelige og eksistensielle samtalen på legekantoret blir derfor interessant å se nærmere på.

1.3 Annen forskning på området

Jeg har i mine litteratursøk og søk i tidligere masteroppgaver ikke funnet tilsvarende undersøkelser som denne, med søkelys på den åndelige og eksistensielle samtalen på legekantoret i lys av diakonifaglig teori.

Jeg har likevel funnet en doktorgradsavhandling av Kari Milch Agledahl ved Universitetet i Tromsø i 2011 der hun har undersøkt hvordan legene *håndterer* de moralske sidene som oftest utgjør en underforstått og usynlig del av medisinsk arbeid. Datamaterialet som ble brukt var observasjoner og intervju med leger fra allmennpraksis og sykehus og gjennomgang av videoopptak av lege-pasient konsultasjoner på sykehus. Agledahl oppsummerer sitt arbeid slik:

Studiene viste at legene bare fokuserte på medisinske forhold i møtet med pasientene, selv om pasientens bekymringer kunne være knyttet til mer personlige deler av livet, slik som frykt for å miste jobben. Pasientenes personlige bekymringer ble systematisk oversett av legene. Legene prøvde på sin side å hjelpe pasientene ved å bruke sin biomedisinske kunnskap om anatomi og organfunksjoner. Arbeidet ble drevet av denne moralske motivasjonen. Men det gjorde også at legene ofte behandlet pasientene som medisinske objekter. Å bli avvist og behandlet som objekt, er et moralsk overtramp som kan oppleves ubehagelig for pasienten. Legene syntes ikke å oppfatte sine moralske overtramp, kanskje fordi de samtidig beholdt en vennlig tone i konsultasjonen. Studien antyder både at slike moralske krenkelser er uunngåelig i medisinsk arbeid, men også at legene bør bli klar over ubehaget det kan medføre og hvordan de kan minske det. (Finnmarkssykehuset, 2016).

Dette studiet er gjort i lys av faget medisinsk etikk med fokus på legenes håndtering av moralsk sider av pasientbehandlingen, og er således interessant uten å ha direkte overføringsverdi til diakonifaglig teori.

Det finnes en rekke medisinskfaglige undersøkelser fra institusjoner, spesielt åndelige og eksistensielle samtaler i palliativ omsorg, men dette har ikke vært mitt fokusområde.

1.4 Nytteverdi

Det har over flere år vært mye fokus på å forebygge selvmord, ikke minst kunne vi se det i media etter at prinsesse Märtha Louises tidligere ektemann Ari Behn døde i selvmord. Selvmordsstatistikken gir en klar indikasjon på at temaet jeg vil berøre har relevans både for enkeltmennesker og samfunnet. I litteraturen om selvmord ser vi at årsakene til selvmord ofte er psykiske lidelser, rus, vonde livshendelser og påkjenninger, ensomhet, manglende sosial støtte og manglende opplevelse av mening.

Både media, politikere og fagmiljø har ropt høyt om at vi trenger flere psykologer, og at disse skal bli lettere tilgjengelige for å redusere ventetid på behandling. Ifølge mine informanter er dette helt feil vei å gå og det kommer i liten grad til å være til nytte eller hjelp, verken for enkeltmennesker eller samfunnet. Psykologenes utdanning og spesialitet er å utrede og behandle psykiske lidelser, så la dem gjøre det, sier mine informanter.

Det er de åndelige og eksistensielle samtaler i førstelinjen som virkelig hjelper, mener legene, og bekrefter erfaringen til Anita Reitan. De fleste er ikke syke, og trenger verken utredning eller behandling, men de har det vanskelig og trenger forståelse, støtte og medfølelse.

Denne oppgaven gir ikke et svar med to streker under, men viser nødvendigheten og betydningen av å stille spørsmål slik problemstillingen gjør. Om det kan avlede mer forskning og dertil endret praksis, vil oppgaven forhåpentligvis bidra til mer enn bare min egen læring.

1.5 Oppgavens oppbygning

Denne masteroppgaven er delt inn i seks kapitler, inkludert innledningen. Gjennom innledningen vil leseren få et innblikk i hensikten med oppgaven og tekstens oppbygging. Innledningen begrunner mitt valg av problemstilling og hvorfor den er viktig for mitt fagfelt, diakonien. I kapittel to vil jeg redegjøre for det teoretiske grunnlaget mitt prosjekt er forankret i og den litteraturen jeg benytter meg av. I det tredje kapitlet vil jeg beskrive og

begrunne mitt valg av kvalitativ metode og fokusgruppe til datainnsamling. Utfordringene jeg har møtt underveis, blant annet med utvalg og rekruttering, blir nærmere drøftet. Tolkning og analyse av datamaterialet i kapittel fire gjør jeg i hovedsak med utgangspunkt i en hermeneutisk forståelse. Mine refleksjoner og drøftinger av funn i analysen viser jeg i kapittel fem, mens jeg i det siste kapittelet ønsker å gi innspill til fremtidig forskning på problemstillingen, og til implikasjoner for fremtidig praksis.

1.6 Avgrensninger

Det kunne vært interessant å gjennomføre en studie av problemstillingen min overfor kirkens representanter, eller andre trossamfunn, og gjerne også en sammenlignende studie av likheter og ulikheter mellom trossamfunn. En kvantitativ sosiologisk studie av en større populasjon av legers erfaringer eller politikeres standpunkt til tematikken ville også være spennende. Et sosialøkonomisk forskningsprosjekt det samme. Slike forskningsprosjekter ville vært vanskelige å gjennomføre innenfor rammene av en masterstudie. Jeg har derfor valgt å avgrense meg til å reflektere over noen legers erfaringer og meninger om åndelige og eksistensielle spørsmål, primært tolket i lys av diakonivitenskapelig teori.

2 Teori

Å bruke teori som grunnlag for forskningsarbeid er nødvendig for å kunne forklare og forstå et fenomen (Thomassen, 2006, s. 33). I min oppgave vektlegger jeg diakonivitenskaplig teori, men vil også trekke inn elementer fra psykiatrisk teori og sosiologisk teori. Hensikten er å se om disse teoriene kaster nytt lys over de funn og drøftinger som blir belyst ut fra et diakonifaglig perspektiv.

Før jeg går nærmere inn på de nevnte teoriene, vil jeg presentere den vitenskapelige posisjon jeg har inntatt for det videre arbeidet.

2.1 Postmodernisme og sosialkonstruksjonisme

Postmodernismen vokste frem på 1960 og 1970-tallet til å bli en filosofisk tenkning som utfordret det dualistiske synet på mennesket fra modernismen (Thomassen, 2006, s. 118). De to grunnleggende prinsipper i postmodernismen er at menneskelig forståelse bare er mulig gjennom språket, og at enhver forståelse er avhengig av sin sosiale, historiske og kulturelle kontekst. Det er i forlengelsen av den postmoderne kritiske tenkningen at hermeneutikken og sosialkonstruktivismen ble etablert som filosofiske plattformer. Å fortolke tekst er hermeneutikkens kjerneoppgave, det vil si å fortolke og gjøre fenomener forståelige, samt å avdekke og forklare underliggende sammenhenger og meninger (Krogh, 2014, s. 68). Den sosialkonstruktivistiske ide vil hevde at virkeligheten er sosialt konstruert gjennom språk, og at språket blir til i samspill mellom mennesker (Johannessen, 2018, s. 66).

Jeg velger å se på datamaterialet mitt i denne undersøkelsen i en sosialkonstruksjonistisk sammenheng ved at språket legene benytter i fokusgruppeintervjuet er en utveksling og forhandling av mening.

Noen av nøkkelpremissene i sosialkonstruksjonismen er at vår kunnskap om verden ikke kan forstås som objektiv, men heller som et produkt av vår kategorisering av verden innenfor et historisk og kulturelt betinget rammeverk. I tillegg forutsettes en sammenheng mellom viten og sosial handling. Det er derfor sosial samhandling som legger grunnlaget for forståelse og viten (Johannessen, 2018, s. 67).

Johannessen illustrerer dette i boka *Hvordan bruke teori*. Han skriver at et rødt trafikklys kun har betydningen *Stopp* fordi det har blitt tillagt denne betydningen. Trafikklyset har ikke denne betydningen i seg selv (Johannessen, 2018, s. 41). At et fenomen ikke har en gitt mening i seg selv, men blir gitt en mening gjennom sosial samhandling, kalles også for *antiessensialisme* (ibid.). Dette betyr imidlertid ikke at noe ikke har betydning fra naturens side, men at det er i samhandling det får mening. At sollys kan benyttes til å lage energi, er en egenskap som finnes i lyset fra naturen side, men som blir til gjennom samhandling mellom mennesker. Kunnskapen om å gjøre sollyset til energi konstrueres i en intersubjektiv kontekst. Den kritiske filosofen Ian Hacking aksepterer sosialkonstruksjonismen som en interaktiv aksjon mellom noe konstruert og noe virkelig (Thomassen, 2006, s. 180-181). En postmoderne konstrutivistisk forståelse slik Michel Foucault forfekter, vil snarere forstå virkeligheten som «et råmateriale som får form og innhold gjennom våre begreper» (Thomassen, 2006, s. 182). Spørsmålet blir om mening finnes i et fenomen fra naturens side, men blir til i samhandlingen mellom mennesker (å oppdage sammen), eller om det er samhandlingen som gir mening til fenomenet (å konstruere sammen).

For at et fenomen skal gi mening, må det defineres, klassifiseres og forstås ved hjelp av språket. Hermeneutikken hjelper til med dette uavhengig av hvilket sosialkonstruktivistisk perspektiv vi velger. Jeg gir derfor hermeneutikken en sentral rolle i mitt arbeide.

Den naturlige konklusjon ut fra dette blir at min vitenskapsteoretiske posisjon ikke er å forklare et fenomen ut fra en naturvitenskapelig tilnærming, men å forsøke å forstå og fortolke et konkret og avgrenset område av den menneskelige verden i et humanistisk perspektiv, med vektlegging på meningssammenhenger (Thomassen, 2006, s. 157).

2.2 Diakonivitenskapelig teori

Diakonivitenskapelig teori rommer langt mer enn det som er relevant for denne oppgaven og som det er plass til i denne besvarelsen. Temaene jeg har tatt med her er et utvalg jeg mener kan bidra til å kaste lys over mitt fokusområde og min problemstilling.

2.2.1 Hvorfor er diakoni relevant?

Mine respondenter er en gruppe allmennleger. Problemstillingen handler om legenes møte med pasienter som strever med åndelige og eksistensielle utfordringer. Det er likevel ikke legenes arbeidshverdag jeg er opptatt av, men pasientene. Pasientene er mer enn bare pasienter, de er hele mennesker, og de fleste (3.724.999) er også medlemmer av Den norske kirke andre kristne trossamfunn (365.000) eller et andre trossamfunn (311.000). Tallene er hentet fra nettsiden til Statistisk Sentralbyrå den 13.05.2020: <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/faktaside/religion>

Dette er ikke en oppgave innenfor allmenmedisin eller samfunnsmedisin, men en masteroppgave i diakoni. Mitt fokusområde er derfor på finne ut om det skjer noe på legekontoret som ikke bare er av interesse for medisinen og eventuelt psykologien, men også for diakonien.

I dokumentet *Kirke og helse* (Kirkerådet, 2015) kan vi se at menneskers helse også er forstått av kirken som et av kirkens ansvarsområde og samfunnsoppdrag. Som diakonstudent tar jeg med meg denne forståelsen i det videre arbeidet med denne oppgaven.

Begrepet samhandling benyttes både i politikk, offentlig forvaltning og administrasjon. Innenfor et folkehelseperspektiv er dette et nøkkelbegrep. Regjeringens samhandlingsreform, Stortingsmelding nr. 47, handler om rett behandling på rett sted til rett tid. I kapittel 6.4.2 Lindrende behandling, er presten nevnt *én gang* som aktuell faggruppe for samhandling: «Øvrige relevante faggrupper er blant annet fysioterapeut, ergoterapeut, prest, sosionom, klinisk ernæringsfysiolog og psykolog. Andre faggrupper kan også være aktuelle» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, St.meld.nr. 47, s. 61).

Et søk i dokumentet på ordene kirke, diakon, eksistensiell og åndelig gir ingen treff. Derimot får vi mange treff på begrepet *helhetlig*: Helhetlig omsorg, helhetlig behandling, tilnærming, tilbud, forståelse og tenkning benyttes gjentatte ganger i dokumentet.

I kapittel 5.3 kan vi lese følgende:

Helsetjenestens verdigrunnlag er avgjørende for hvorledes tjenestene utvikles. Det er bred enighet om at befolkningen skal ha et likeverdig tjenestetilbud over hele landet uavhengig av alder, kjønn, økonomi og etnisk bakgrunn. De pasientene som har et særskilt behov for at helse- og omsorgstjenestene samhandler, har det til felles at de

har et behandlings- og omsorgsbehov som ingen av tjenesteyterne kan tilfredsstille alene. Det er ofte de mest sårbare og vanskeligstilte som har størst behov for å bli møtt av en helhetlig helsetjeneste. Samhandling krever derfor et perspektiv som går ut over den enkelte institusjon eller forvaltningsnivå. I slike situasjoner er det helt nødvendig at tjenesteyterne møter pasientene med et helhetlig menneskesyn og ser pasienten i en større sammenheng (Ibid. s. 51 (understrekingene er gjort av meg)).

Det offentlige dokumentet *Kirke og helse* stadfestes og defineres kirkens helseoppdrag. Det offentlige dokumentet *Samhandlingsreformen* nevner ikke kirken som aktør i dokumentet, til tross for at dokumentet forfekter en helhetlig helsetjeneste med et helhetlig menneskesyn, dog med ett unntak som nevnt ovenfor.

Dette aktualiserer spørsmål og problemstillinger knyttet til samfunnet og politikken klima og toleranse for det åndelige, og synet på kirken som en eventuell ressurs i nærmiljøet generelt og pasientbehandlingen spesielt. Er det politisk og/eller faglig anerkjent og riktig at åndelige og eksistensielle samtaler tas opp på legekantoret?

Når vi løfter blikket fra dokumentene til menneskene rundt oss er det dialogen og samhandlingen mellom lege og pasient som er plattformen for den åndelige og eksistensielle samtalen. Dermed aktualiseres spørsmål om hvem er det som ser, og hva er det de ser? Dette handler om legens evner og forutsetninger til å se, lytte, forstå og møte mennesker som strever med åndelige og eksistensielle problemstillinger. Dette vil jeg se nærmere på under drøftingen, men allerede her vil jeg peke på behovet for videre studier av legenes faglige og personlige forutsetninger for åndelig og eksistensiell omsorg, så vel som legen og samfunnets forståelse av allmennlegens rolle og samfunnsoppdrag i dette henseende.

Jeg har nå argumentert for at kirken og diakonien forstår seg til å ha et helseoppdrag, og at denne gjensidige samhandlingen med helseprofesjonene må utforskes nærmere. Nå vil jeg se nærmere på hva kirkens diakoni i denne sammenheng er og kan være, eller utvikles til å bli.

2.2.2 Innledning om diakoni

Diakoni stammer fra det greske ordet *diakonia*. Diakonibegrepet finner vi rundt 100 steder i Det nye testamentet i Bibelen, og det brukes med flere betydninger som kan samles i disse: Å tjene andre, å ha en tjeneste, og å være en tjener. I Apostelgjerningene tales det om bordets diakoni og ordets diakoni i en mangfoldig tjeneste preget av formidling av Guds ord (Apg. 6,1).

I Plan for diakoni omtales diakoni som en *omsorgstjeneste* (Kirkerådet, 2008). I evangeliene presenterer Jesus seg selv som en tjener for andre, villig til å gi sitt eget liv (Matt. 20, 28). Med Jesus som forbilde fremholder Plan for diakoni at grunnlaget for tjenesten er at «vi er skapt i Guds bilde til å være medmennesker. Vi er utlevert til hverandre og vi er avhengige av hverandre» (Kirkerådet 2008, s. 5). Professor i diakoni, Kjell Nordstokke, fremholder dette som en overordnet holdning og et livsprinsipp (Nordstokke, 2011, s. 53-55 og 61), slik det også vises i visjonen for Den norske kirkes diakonitjeneste: «Guds kjærlighet til alle mennesker og alt det skapte, virkeliggjort gjennom liv og tjeneste.» (Kirkerådet, 2008, s. 6).

Det er fire områder som spesielt uttrykker diakoniens innsatsområder: Nestekjærlighet, inkluderende fellesskap, kamp for rettferdighet og vern om skaperverket (Kirkerådet, 2008, s. 9). Det er det første området som vil få mest oppmerksomhet i denne oppgaven.

Førstelektor i diakoni, Kari Jordheim holder frem at nestekjærlighet er diakoniens grunnleggende holdning, og betyr at vi ser på hverandre som fullverdige og gjensidig avhengige medmennesker. Nestekjærlighet er å gå et stykke sammen på livets vei (Korslien, 2009, s. 17). Nordstokke forklarer også at nestekjærlighet er et avgjørende fundament i den diakonale kirkes innsats for et inkluderende fellesskap. Kirkens grunnleggende forståelse av nestekjærlighet tjener som brobygger i møte med lokalsamfunnet. Nordstokke mener møtesteder der nære relasjoner gir rom for tro og livstolkning, skaper både mening og håp i menneskers liv og hverdag (Hegstad, 2011, s. 153).

Jordheim peker på at diakonien først og fremst må se på mennesker som aktive og ansvarlige deltakere både i eget liv, de nære relasjonene og i et inkluderende fellesskap, og ikke som en pasient, en enslig forelder, en ensom, en psykisk syk eller funksjonshemmet, skadet eller traumatisert. Slike merkelapper definerer ikke mennesker, og Jordheim understreker at «Diakoniens fellesskap skal inkludere alle mennesker i alle aldersgrupper, på alle funksjonsnivå, fra ulike kulturbakgrunner og livssituasjoner» (Korslien, 2009, s. 21).

Ett av diakoniens viktigste redskap er dialog preget av gjensidighet, likeverd, åpenhet, velvilje og samarbeid, skriver Jordheim. Hun mener den nære, respektfulle, rause og inkluderende dialogen kan skape en bedre felles forståelse mellom mennesker, dypere innsikt og dermed også konkrete diakonale handlinger (Ibid. 2009, s. 23). Dette bekrefter betydningen av diakoniens første innsatsområde; nestekjærlighet.

Dette leder oss over på at diakonien også skjer på ulike måter og ulike arenaer. Ifølge Plan for diakoni skjer diakonien «gjennom enkeltmennesker, ved den organiserte diakonien i menighetene, gjennom institusjoner og organisasjoner nasjonalt og globalt» (Kirkerådet, 2008, s. 5).

Den norske kirke møter mange mennesker som strever med spørsmål av åndelig og eksistensiell karakter. Mange opplever at livet ikke ble slik de hadde både håpet og planlagt. Vanskelig oppvekst, brutte relasjoner, sykdom, ulykker, ensomhet, sosiale belastninger og psykiske lidelser, ensomhet, skamfølelse, og lavt selvbilde gjør at mange opplever håpløshet og motløshet. Verst tenkelig utfall kan være et ønske om å dø. I disse møtene blir diakonien en kirkelig omsorgstjeneste som ligger tett opp til den omsorgstjeneste som gis av de offentlige helse- og sosialtjenestene.

Dokumentet *Diakoni i kontekst* (Det lutherske verdensforbund 2010, s. 24-37) beskriver diakoniens identitet med fem grunnleggende prinsipper:

- Troen på den treenige Gud
- Diakoni som integrert del av å være kirke
- Bordets diakoni
- Gode gjerninger
- Diakonal spiritualitet

I samme dokument side 92 beskrives den teologiske plattformen for diakoni ved å si at diakoni:

- er basert på nåde, og et uttrykk for vår kristne tro
- har Kristi liv og tjeneste som forbilde
- er en bevegelse fra Gud gjennom oss for å møte mennesker som leder (fysisk, psykisk, åndelig og sosialt) og er i nød, mennesker Kristus er synlig i

- forsøker å gjenspeile og vitne om Guds betingelsesløse kjærlighet og omsorg fra alt det skapet
- er en integrert del av kirkens holistiske oppdrag

Det er skrevet mye om hvert enkelt punkt ovenfor. I denne oppgaven skal jeg ikke gå nærmere inn i punktene annet enn å ta dem med som referanseramme og kontekst for de temaene jeg velger å ta opp i det videre arbeidet.

Det er et stort helseoppdrag kirken tar på seg, ikke bare i kirkens helsedokument, men diakoniens teologiske plattform og grunnleggende prinsipper (Kirkerådet, 2008, s. 9). Diakonale møterom der mennesker kan møtes er derfor en viktig arena for nestekjærlighet i praksis.

2.2.3 Samtalen som verktøy

Jeg har gjennom nærmere 30 års sosialfaglig arbeid forstått samtalen som ett av mine viktigste verktøy. I profesjonelt arbeid er samtalen noe annet enn i alle andre sammenhenger. Dette gjelder både konteksten for samtalen, samtalsinnhold og dens struktur. Den profesjonelle samtalen forutsetter rolleavklaring og etiske overveielser. Profesjonelle samtaler krever også kompetanse og ferdigheter av den profesjonelle samtalepartnern. Dette er premisser som ikke er gitt ved at mennesker møtes, men som må utvikles gjennom organisering, opplæring og praksis.

I diakonien møter vi mennesker i sårbare situasjoner, på liknende måter som leger, psykologer, sykepleiere og andre omsorgspersoner gjør. Jeg vil derfor understreke betydningen av å legge vekt på opplæring og veiledning i samtalekompetanse og ferdigheter i alle profesjonsutdanninger, også for diakoner.

Diakoni er en masterstudie for ulike faggrupper, som sosionomer, sykepleiere, lærere eller andre med bachelorgrad eller tilsvarende innenfor sosialfaglig, helsefaglig, pedagogisk eller praktisk-kirkelig utdanning (hentet 12.05.2020 fra VID sine nettsider <https://www.vid.no/studier/diakoni-master/>). Det betyr at diakonistudentene har ulike bakgrunn og erfaringer fra praksis, og trolig også ulike målsettinger med studiet og det fremtidige arbeidet etter fullført mastergrad. Denne tverrfagligheten kan gjøre diakonien

relevant i mange ulike sammenhenger, men det er ikke gitt at hver enkelt faggruppe har nødvendige forutsetninger for å tilby samtaler om problemstillinger av åndelig og eksistensiell karakter. Utdanningsinstitusjonene bør derfor merke seg ansvaret med opplæring i samtalen som verktøy i profesjonell praksis generelt, og de åndelige og eksistensielle samtalene spesielt.

I diakoniens møte med enkeltmennesker, familier eller grupper av mennesker, kan det neppe være tvil om at den profesjonelle samtalen spiller en viktig rolle.

2.2.4 Det diakonale rommet

Å være diakon og utøve profesjonell diakoni er å være utrustet til oppgaven og satt i en rolle der diakonien skal utøvers (Nordstokke, 2011, s. 233). Gjennom erfaringer fra flere år med sosialfaglig arbeid og mitt møte med diakonien i dette masterstudie, litteraturen i studiet og arbeidet med denne oppgaven, har jeg selv formulert noen egenskaper ved diakonien og diakonen som jeg mener er spesielt viktige i møte med mennesker i krise og nød:

- Å se med hjertets øyne – evne og vilje til å se og tåle dybden i menneskes lidelse
- Å lytte med hjertets øre – evne og vilje til å lytte, forstå og aktivt delta menneskers livsfortellinger
- Å være nærværende med kroppen – mot til å være til stede med tårer og en hånd å holde i når ord ikke lenger strekker til
- Å anerkjenne og støtte med språket – kunnskaper og ferdigheter til å gi trøst og styrke gjennom egne ord, Guds ord, salmer og dikt
- Å gi videre av det vi selv har fått – gjennom kvalifisert, relevant og faglig metodisk diakonal omsorg bringe mening, mestring, tro og håp til mennesker som lider

Det diakonale rommet må være basert på tillit, toleranse og respekt, men også på kompetente og erfarne diakoner (Johannessen, 2009, s. 141). Dette er ikke bare menneskelige egenskaper og kvalifikasjoner, men profesjonell kunnskap og profesjonelle ferdigheter. Dette blir tydeliggjort i boka *Diakonen – kall og profesjon* (Nordstokke, 2011). Lignende punktvis oppstillinger vil vi kunne finne i det meste av den sosialfaglige faglitteraturen.

2.2.5 Det diakonale oppdraget

Det diakonale oppdraget handler både om hva diakonal omsorg er- og hvordan diakonal omsorg kommer til uttrykk i profesjonell praksis. Å utarbeide målsettinger for de diakonale oppdrag er like viktig som for andre oppdrag, enten de er kirkelige eller ikke. Høgskolelektor i teologi, Olav Fanuelson, mener konteksten for ethvert diakonalt oppdrag vil være styrende for hvilken målsetting, metode og struktur som er hensiktsmessig. Diakonale oppdrag i kirke og menighet vil ha andre innfallsvinkler enn oppdrag i det offentlige rom, mener han (Korslien, 2009, s. 152).

Det er spesielt tre diakonale målsettinger jeg vil peke på som relevant for mitt fokusområde og min problemstilling:

- Mening og verdi i eget liv
- Tro på endring og mestring av hverdagen
- Håp for fremtiden

I legenes samtaler om åndelige og eksistensielle problemstillinger, var det temaer relatert til disse punktene legene refererte til i møte med alvorlig sykdom, kronisk smerte, sosial nød, psykiske lidelser, frykt for fremtiden, og i møte med suicidale mennesker og pårørende etter selvmord. Det diakonale helseoppdraget må i tillegg til å definere hva det er og hvordan det gjøres, klargjøre hva kirken gjennom det diakonale oppdraget ønsker å bidra til å oppnå. I konteksten av mitt fokusområde mener jeg punktene ovenfor er relevante, noe jeg vil vise i de supplerende teoriene nedenfor.

2.2.6 En diakoni for «hvermannsen»

Vi har ovenfor sett at diakoniens oppgave kan forstås som en formidling av Guds nærvær gjennom nestekjærlighet i praksis. Det handler ikke først og fremst om å være misjonerende eller å forkynne omvendelse til Gud og helliggjørelse i kristen livsførsel, men å være medmennesker for alle, ikke bare for dem som kommer til kirkens gudstjenester og aktiviteter. Gjennom mitt arbeid med denne oppgaven har jeg stadig vendt tilbake til et spørsmål om hvorvidt kirken og diakonien i praksis er åpen for alle.

Den norske kirke skal være en folkekirke, en kirke for alle folk i alle livets faser og situasjoner. Gudstjenestelivet og aktivitetene i kirken kan være gode arenaer for diakoniens andre bærebjelke, inkluderende fellesskap, men det er ikke sikkert at kirkerommet eller prestekontoret vil fungere som samtalerom for de åndelige og eksistensielle samtalene med folk flest. Kan det tenkes at kirken oppfattes som «introvert» og nærmest som et «klubbhus for spesielt interesserte»?

Jeg er ikke i tvil om at kirken, og diakonien i særdeleshet, kan være en ressurs for mennesker som har det vanskelig, også for de som kommer til legekantoret med sin fortvilelse. Men hvordan etablere en kultur for dialog og samhandling mellom legen og diakonen? Jeg håper denne oppgaven kan være et lite bidrag til fremtidig tenkning omkring dette.

2.2.7 Det diakonale mangfold

Diakoner arbeider både i menigheter og i institusjoner som sykehus, sykehjem, fengsel og rus- og psykiatrisentre. Det betyr også at i diakonien finnes mange ulike faglige tradisjoner.

Dette utfordrer den diakonivitenskapelige teori som på den ene siden skal eller bør være en selvstendig teoretisk disiplin, men på samme tid ta opp i seg det mangfoldet diakonien rommer. For å utvide horisonten i denne oppgaven har jeg derfor valgt å ta med noen perspektiver fra psykiatrisk og sosiologisk teori.

2.3 Psykiatrisk teori ved Victor Frankl

Viktor Emil Frankl (1905-1997) var en østerriksk psykiater og professor ved universitetet i Wien. Han ble sammen med sin kone, far, mor og bror arrestert og fraktet til konsentrasjonsleiren Theresienstadt, senere til Auschwitz og Dachau på grunn av sin jødiske bakgrunn. Faren døde av sult, moren og broren ble drept i Auschwitz, mens hans kone døde i Bergen-Belsen. Da Frankl i 1945 ble satt fri og returnerte til Wien, fikk han vite at alle hans nærmeste var døde.

Basert på de grufulle erfaringene fra konsentrasjonsleirene utviklet Frankl teorier som har fått stor betydning for behandling av psykiske lidelser. En av hans viktigste bøker, *Man's search for meaning*, antas å være blant de ti mest innflytelsesrike bøker i USA der boka er

solgt i mer enn fem millioner eksemplarer. I fagfellenettverket omtales boka som et mesterverk om det åndelige livet, og viser hvordan mennesker kan overleve de verste grusomheter.

Det eneste Frankl hadde igjen etter tiden i fangenskap, var sine tomme hender. Men han hadde også et hode og hjerte fullt av opplevelser og erfaringer. Drivkraften til å velge livet og kjempe for å overleve, var håpet om å møte sin kone og familie igjen, og å bruke sine erfaringer til å hjelpe andre. Da Frankl returnerte fra konsentrasjonsleiren, oppdaget han den tyske filologen Friedrich Nietzsches ord: «Den som vet *hvorfor* han lever, kan holde ut et hvilket som helst *hvordan*», og med dette som utgangspunkt skrev han bøkene *Livet er mening* (Frankl, 2019a) og *Vilje til mening* (Frankl, 2019b).

2.3.1 Frankls bidrag til psykoterapien:

Det er spesielt den kliniske logoterapien som har gjort Frankl kjent. Direkte oversatt betyr logoterapi «terapi gjennom mening» (Skaiå, 2003). Behandlerens oppgave er å bidra til at pasienten finner mening i tilværelsen.

Kort fortalt kan vi si at Frankl mente at lykke bare er et biprodukt av et liv med mening. I logoterapien er derfor det å finne mening viktigere enn å søke lykke eller unngå problemer og utfordringer.

Frankl hevdet at menneskets ånd og personlighet ikke kunne forklares ut fra menneskets drifter, slik Freud mente. Sistnevnte mente menneskeheten var offer for en seksuell drivkraft, mens Frankl tvert imot mente det var den eksistensielle lidelsen som var menneskets verste fiende. Den eksistensielle lidelsen er at mennesker ikke har mål og mening i livet, spesielt i den sekulariserte verdenspoken i det postmodernistiske og pluralistiske samfunn. Han beskrev det som en «åndelig underernæring» i flere av sine bøker, og går så langt som å kalle menneskets opplevelse av meningsløshet for en av vår tids verste nevrosener eller lidelser. Frankl er i hele sitt livsverk opptatt av å vise at de som finner mening også er de som overlever. Behandlingen i psykiatrien må ifølge Frankl hjelpe pasienter til å finne mening, ikke hvilken mening, men at mening finnes. Denne streben etter mening er menneskets sterkeste drivkraft og den viktigste kilde til helse, ifølge Frankl.

En annen viktig faktor er at Frankls logoterapi retter blikket fremover, ikke tilbake slik Freud forfektet. At mennesket ikke er et produkt bare av arv og miljø, men har en iboende kraft til å leve og utvikle seg som er sterkere enn erfaringer fra fortiden, er sentralt i hans tekning.

I Frankls bok *Det overhørte råb om mening*, sier han:

Alt for lenge har vi drømt en drøm, som vi nå er i ferd med å våkne opp fra: drømmen om at hvis vi bare forbedrer folks sosioøkonomiske situasjon, vil alt bli bra og folk vil bli lykkelige. Men sannheten er at mens kampen for overlevelse har avtatt, så er heller dagens spørsmål: Overleve, for hvilken grunn? Mange har i dag alt som skal til for å leve et godt liv, men de samme personer har ingenting å leve for. (Frankl, 1993. Oversettelse fra dansk til norsk av Anders Skaiå er hentet fra Tidsskrift for den norske legeforening den 26.02.2020).

Victor Frankl skrev 32 bøker som er oversatt til 27 språk. En av hans mest siterte strofer er hentet fra boka *Livet må ha mening* som første gang kom ut i 1947: «Mennesket kan bli fratatt alt bortsett fra én ting: den siste menneskelige frihet. Valget av personlig holdning i et utvalg omstendigheter. Muligheten til å velge sin egen vei.» (Frankl, 2018).

Betydningen av Victor Frankls logoterapi i min tilnærming til temaet knyttet til den åndelige og eksistensielle samtalen på legekantoret bør være opplagt. De eksistensielle samtaler på legekantoret handler nettopp om å finne mening. Når pasienten stiller spørsmål om hvorfor noe hendte med ham/henne, og hva nå, kan dette være en søken etter mening. Hvis pasienten spør om dette er skjebnen, eller om det finnes noe mer, så kan det være en åndelig frustrasjon eller lengsel som ligger bak, eller «åndelig underernæring» for å bruke Frankls ord. Dersom Frankl har rett i at det å søke og finne mening gir håp til livet og for fremtiden, og at mening er det mest helsebringende for mennesket i sin alminnelighet, og et godt terapeutisk verktøy for legen i møtet med pasienten, blir det både interessant og nyttig å studere hvordan legene tenker om menneskers eventuelle søken etter mening. I drøftingen i kapittel seks vil dette bli tatt opp igjen.

2.4 Sosiologisk teori ved Aaron Antonovsky

Den israelsk-amerikanske sosiologiprofessoren Aaron Antonovsky (1923-1994) forsket på stress, helse og velvære. Han var kritisk til det skarpe skillet mellom det friske og det syke som medisinen skapte gjennom sine moderne helsebegrep. Som en motsatsteori til patologien utviklet han teorien *salutogenese*. Ordet er sammensatt av det latinske *saluto*, helse, og *genese*, opprinnelse, tilblivelse. Teorien er en medisinsk sosiologi om hva som fremmer god fysisk og psykisk helse og økt mestring og velvære, snarere enn å vektlegge årsaker til sykdom. Den positive kraften til helse mente Antonovsky hadde med selve holdningen til livet å gjøre, til hvordan å håndtere stress og uforutsette opplevelser. Denne holdningen kalte han for «sense of coherence» (SOC).

I følge Antonovskys teori kan SOC forstås som en erkjennelse av sammenheng, eller tolkning av en situasjon som en person må håndtere ut fra tre forhold eller perspektiver i et gjensidig samspill: 1) Om vi tror situasjonen er påvirkbar. 2) Om vi tror situasjonen lar seg forklare. 3) Om vi tror situasjonen byr på overkommelige utfordringer. I sin bok *Helsens mysterium* viser Antonovsky hvor viktig *mestring* er i møte med sykdom (Antonovsky, 2012).

Ut fra dette kan SOC tolkes som en helsefremmende egenskap, å forstå en situasjon og ha tro på, motivasjon og ressurser til å håndtere krevende situasjoner. I nyere tid knyttet ideen om å ta makt eller styring over en situasjon, gjerne kalt *Empowerment*, sterkt til det salutogenetiske helsebegrepet. Det vil si at mennesker kan påvirke sin egen helse gjennom utvidet kunnskap og ved å ta kontroll over faktorer som kan virke helsefremmende i en gitt situasjon. Antonovsky mener salutogenese er en ressurs til bedre helse både på individnivå og samfunnsnivå. Fire fokusområder vektlegges spesielt; indre følelser, sosiale relasjoner, å være psykisk stabil, og å involvere seg i givende aktiviteter (Antonovsky, 2012, s. 139).

2.4.1 Mestringsressurser hos Antonovsky

Antonovsky konkretiserer dette gjennom noen sentrale mestringsressurser i en av hans mest anerkjente bøker *Health, stress and coping* (Antonovsky, 1979):

1) *Kultur*. Kultur handler om å gjøre det mulig for personer å delta på ulike arenaer og gir mennesker en plass i samfunnet. Kulturer som oppmuntrer til at mennesker kan være aktive

ut fra egne forutsetninger utgjør en sunn kollektiv ressurs som fremmer helse og velvære, ifølge Antonovsky.

2) *Sosial støtte*. Å oppleve andre menneskers omsorg og støtte er til hjelp for mennesker i vanskelige situasjoner. Nære, trygge og gode relasjoner er en ressurs til livsmestring og en av de viktigste kraftkildene, mener Antonovsky.

3) *Religion og verdier*. Denne mestringsressursen gir mennesker en dypere forankring, retning og mening i livet.

4) *Fysiske og biokjemiske ressurser*. De biokjemiske ressursene knyttes til fysisk helse, arv og immunsystem.

5) *Materielle verdier*. De grunnleggende eksistensielle behovene er verdifulle helseforebyggende ressurser, slikt som rent vann, sunn mat, klær, penger og bolig.

6) *Kontinuitet, oversikt og kontroll*. Alle mennesker er del av en kulturs makrososio-kulturelle mestringsressurser som legger grunnleggende premisser for helse, ifølge Antonovsky.

7) *Mestringsstrategier*. Her holder Antonovsky frem de individuelle ressursene til å tenke og handle rasjonelt, evne og vilje til konstruktiv handling og regulering av følelser.

8) *Kunnskap og intelligens*. De intellektuelle og kognitive ressurser gir grunnleggende forståelse og hjelp til å vurdere og ta valg, noe som fremmer mestring.

9) *Egoidentitet*. I vårt språk ville nok mange si at summen av en persons selvtillit og selvfølelse utgjør denne ressursen, mens Antonovsky beskriver denne ressursen som den emosjonelle forståelsen en person har av seg selv.

I den salutogene tilnærmingen fremheves sosial støtte og egoidentitet som de mest sentrale helsefremmende mestringsressursene for enkeltmennesker. Den salutogene tilnærmingen har blitt sett på som nyttig ved rehabilitering av pasienter med psykiske lidelser. Jeg vil senere vise hvordan teorien også kan utgjøre et bidrag i den åndelige og eksistensielle samtalen med mennesker som strever med sykdom og lidelser i eget liv.

2.5 Et møtested for diakoni, psykologi og sosiologi

Teologen Niels Christian Hvidt, født 1969, er professor i eksistensiell og åndelig omsorg, teolog og humanistisk sunnhetsforsker ved Institut for Sundhedstjenesteforskning på Syddansk Universitet i Danmark. I 2013 etablerte han sammen med noen andre forskere *The Network for Research in Spirituality and Health* (www.nersh.org). I tillegg er han initiativtaker til, og leder for *Netværk for Forskning i Tro og Helbred* (www.tro-helbred.org). Han deltar aktivt både i danske og internasjonale forskningsprosjekter om forholdet mellom tro og helse.

Hvidt har gitt ut en mengde publikasjoner i forbindelse med sine forskningsprosjekter og studier, og skrevet en rekke bøker. Han er blant annet redaktør for boka *Åndelig omsorg* (Hvidt, 2019) som har fanget min interesse. I denne boka beskriver Hvidt hva åndelig omsorg er, hvorfor åndelig omsorg er viktig, og hvordan åndelig omsorg kan ivaretas i møte med pasienter.

Kan tro flytte fjell, spør Hvidt, eller beveger sykdomsfjell troen? Gjennom sine studier om forholdet mellom tro og helse har han kommet frem til at sykdom beveger troen.

Forholdet mellom tro og helse har vært et relativt oversett tema i dansk helseomsorgsforskning. I de fleste kulturer og religioner har det imidlertid vært en viktig forbindelse mellom tro og helse og sammenhengen mellom kropp, psyke og sjel. I vestlige kulturer er det kanskje slik at separate yrkesgrupper tar seg av kroppen, psyken og sjelen, og pasienter kan føle at de ikke blir sett på som de hele menneskene de er. Hvidt mener dette kan være en ulempe, og rapporterer om internasjonale resultater, inkludert danske, som viser at personer med en religiøs forankring har lavere sykdomsrisiko og lever lenger enn andre.

Hvidt fokuserer på den rollen troen kan ha ved sykdom i et sekulært samfunn som det danske, der religion spiller en mindre rolle, samtidig som over 70% av befolkningen fortsatt kaller seg for troende eller i det minste for religiøse. Tilsynelatende er det få andre ting som får dansker til å tenke mer på åndelige og eksistensielle forhold enn sykdom, smerte og lidelse.

Forskningen til Hvidt indikerer at mange pasienter håper på og ber om et mirakel når livet er på sitt verste. Han mener det finnes et åndelig rom i ethvert menneske med viktige ressurser

for å finne håp, trøst og styrke til å takle sykdom og kriser. Å være sammen med mennesker i dette rommet kan være til stor hjelp i deres sykdomsforløp og helbredelse.

Gjennom en rekke prosjekter har Hvidt og hans forskningsteam undersøkt de samfunnsøkonomiske sidene ved god åndelig omsorg. Gjennom flere publikasjoner på universitetets nettsider og i ulike tidsskrifter har teamet gjort rede for at god åndelig omsorg har en svært positiv samfunnsøkonomisk betydning, og samtidig påpekt at det er påfallende hvor lite faglig og politisk oppmerksomhet temaet har fått.

Jeg skal ikke gå nærmere inn på dette i denne oppgaven annet enn å holde frem tematikken og henvise til nevnte forskningsinstitutt sine hjemmesider <https://www.sdu.dk/da/forskning> og Hvidts egen oversikt over utgivelser på www.hvidt.com.

I denne oppgaven vil jeg imidlertid vektlegge at Hvidts forskning bekrefter Frankl teori, nemlig at opplevd mening gir bedre mental helse, glede og motivasjon, men er også en avgjørende ressurs når vi blir utfordret av livskriser, sykdom eller annen motgang (Hvidt, 2019, s. 40). De åndelige og eksistensielle samtalene hjelper mennesker både med tanker og følelser, men også til å mestre sykdom og kriser. Dermed underbygger han også Antonovskys teori om salutogenese eller Empowerment som noen ville sagt i dag. I tillegg sier han at det åndelige i det religiøse, å finne håp, trøst og styrke gjennom sykdom og lidelse er en mestringsressurs, slik vi også har sett det i den diakonivitenskapelige teorien ovenfor, der jeg har pekt på tre sentrale målsettinger i diakonal omsorg, *mening, mestring og håp*.

Det finnes ingen entydig definisjon eller en felles forståelse av hva åndelig omsorg rommer (Hvidt, 2019, s. 18). Gjennom 1900-tallet har det vært en generell forståelse at åndelig omsorg er forankret i det religiøse, om menneskers forhold til Gud eller annen overnaturlig kraft. De siste tiårene har de åndelige og eksistensielle temaer blitt mer og mer omtalt sammen for å rette søkelyset mot alle spørsmål omkring livet og døden og ikke bare på trosspørsmål, mener Hvidt. I boka *Åndelig omsorg* legger han til grunn en vid forståelse av åndelig omsorg der han inkluderer eksistensielle problemstillinger (Hvidt, 2019, s. 130-131).

Åndelig omsorg trenger ikke være en spesialist-tjeneste men en selvfølgelig, integrert og kompetent del av en helhetlig omsorg fra alle profesjonelle omsorgspersoner som tar del i menneskers lidelser. Når mennesker utvikler usunne og sykdomsforsterkende mønster, kan prest eller psykiater likevel være en nødvendig løsning. Det viktigste er ikke hver enkelt

person eller profesjon sin forståelse eller definisjon av det åndelige som begrep eller fenomen, men personenes og profesjonenes profesjonalitet i praksis. Dette gjelder for alle i møte med menneskers livskriser, både i førstelinjen og for spesialistene (Hvidt, 2019, s. 25 og 138). Jeg opplever at Hvidt oppretter et møtested mellom diakoni, psykologi og sosiologi i sin bok *Åndelig omsorg* (Hvidt, 2019).

WHO sitt eksistensielle perspektiv på hva som gjør livet verdt å leve uttrykkes slik:

...handler om å evne det å kjenne håp, optimisme og undring, opplevelse av at livet har en mening, å ha en personlig tro som ikke behøver handle om å tro på Gud, å kunne kjenne fred og harmoni og å oppleve at man inngår i en helhet. (Nybergs oversettelse fra Nyberg, 2013, s. 42).

Jeg har ovenfor vist at diakonien slik den kommer til uttrykk i *Plan for diakoni*, med vekt på nestekjærlighet, tar opp i seg menneskers søken etter mening, mestring og lengsel etter religiøs tro og håp, og at kirken gjennom kompetente diakoner har den beste forutsetning for å møte disse menneskene i livskriser og nød. WHO sitt perspektiv på de eksistensielle sidene ved menneskers liv bidrar også til å plassere diakonien i en større sammenheng.

Gjennom de supplerende teoriene til diakonivitenskapen og Hvidt sin sammenføyning av teoriene, mener jeg å kunne argumentere for- og begrunne at diakonien har gode forutsetninger for å tiltre i oppfølgingen av personer som strever med problemstillinger av åndelig og eksistensiell karakter, også utenfor kirken.

3 Metode

Gjennom dette prosjektet har jeg undersøkt noen allmennlegers erfaringer med åndelige og eksistensielle samtaler på legekantoret. Jeg har videre hatt ønske om å se på hvordan legene forholder seg til disse utfordringene, og hvordan de selv mener å kunne bidra til menneskers tilfriskning. Det har også vært mitt ønske å finne ut om det finnes mulighet til å forsterke helseeffekten av den åndelige og eksistensielle samtalen, gjennom samhandling mellom lege og diakon.

Jeg kunne ha benyttet både kvantitativ og kvalitativ metode i denne undersøkelsen. Kvantitative forskningsmetoder vektlegger det som er målbart, og telling og måling er vanlige metoder. Kvantitative metoder forholder seg til fenomener gjennom standardisering av enheter og rapporterer ved hjelp av tall og statistikk (Johannessen, 2016, s. 239).

Kvalitative metoder benyttes ofte innenfor samfunns- og humaniora-forskningen, og det er i denne delen av kunnskapsfeltet jeg befinner meg i min masteroppgave om den åndelige og eksistensielle samtalen på legekantoret. Kvalitative metoder vektlegger forståelse framfor forklaring og kan gjerne relateres til fortolkende teoretiske retninger som fenomenologi, postmodernisme og sosialkonstruktivisme, hermeneutikk, kritisk teori og feministisk teori (Everett & Furseth, 2019, s.127).

I kvalitative forskningstradisjoner er det vanlig å benytte intervju, observasjoner, analyse av tekst og til dels visuelle uttrykksformer. Et viktig skille mellom kvalitative og kvantitative metoder er at forskningsresultatene fra de kvalitative presenteres i form av tekst, og ikke som statistikk og tallmateriale (Thomassen, 2006, s. 72-76).

3.1 Valg av metode og teoretisk ståsted

Med utgangspunkt i et postmodernistisk og sosialkonstruksjonistisk forhold til epistemologi og ontologi, har jeg valgt kvalitativ tilnærming og metode i denne oppgaven. Dette påvirker

både valg av metode for datainnsamling og analyse av datamaterialet i undersøkelsen. Jeg vurderer også at kvalitativ metode er godt egnet til formålet.

Min forståelse at hermeneutikk er sentralt i teorigrunnet, men også fenomenologien må nevnes her. Det er menneskers subjektive opplevelser som er utgangspunktet i fenomenologien, med den hensikt å avdekke dypere mening i enkeltpersoners erfaringer. Interessen for en undersøkelse vil ifølge fenomenologien sentrere seg omkring informantens opplevelse av de gitte fenomener (Thomassen, 2006, s. 161), i mitt tilfelle legenes subjektive opplevelse av den åndelige og eksistensielle samtalen på legekantoret.

Den hermeneutiske og fenomenologiske forståelse danner et faglig ståsted og syn for meg på vitenskap innenfor samfunnsfagene. Jeg har tidligere argumentert for at mening og forståelse skapes mellom mennesker gjennom språket. Å la informantene utveksle erfaringer om et fenomen i en gruppe, mener jeg bidrar til å frembringe legenes erfaringer og refleksjoner om fenomenet som datagrunnlag i form av en transkribert tekst som kan fortolkes hermeneutisk. Samtaler i grupper tilrettelegger både for meningsutveksling, kunnskapsutveksling og dypere innsikt både for deltakerne selv og meg som masterstudent, og denne meningsutvekslingen kan forstås som en sosial konstruksjon.

Mitt metodevalg er påvirket av de fagteoretiske tilnærmingene jeg har gjort rede for i forrige kapittel, mens den hermeneutiske og fenomenologiske forståelse ligger til grunn for analysearbeidet. I postmodernistisk forståelse forutsettes at kunnskap utformes og utvikles i relasjon mellom mennesker og at det konstruktivistiske perspektivet spiller en vesentlig rolle. Det vil si at kunnskap konstrueres mellom deltakere i gitte sosiale sammenhenger. Det betyr også at forskerens egne konstruksjoner vil ha en viktig og sentral betydning i hvordan så vel datagrunnlag og analyse håndteres, og hva forskeren selv anser å som gyldig kunnskap (Thomassen, 2006, s. 118 og 145).

Mine fordommer, min forforståelse og mine konstruksjoner vil ha betydning for hvordan jeg tenker om og tolker allmennlegers håndtering av de åndelige og eksistensielle samtalene, like mye som min oppfatning av diakoniens rolle og funksjon i denne sammenheng. Mine egne posisjoner innenfor det diakonale fagfeltet spiller også med. Dette betyr at alt fra

min utforming av problemstilling og spørsmål til intervjuene, uttrekkene fra analysearbeidet og de temaer jeg velger å belyse og drøfte er preget av hvem jeg er som student i dette arbeidet. Det vil derfor ikke være riktig å beskrive informasjonen og kunnskapen som kommer frem av denne oppgaven som objektiv, i og med at den er påvirket av mine preferanser.

Om intervjuer med utgangspunkt i en postmoderne epistemologi skriver Kvale og Brinkmann følgende:

En postmoderne tilnærming til intervju fokuserer på intervjuet som et sted der det produseres kunnskap, på det språklige og relasjonelle aspekter, herunder forskjellene mellom den muntlige diskurs og den skriftlige tekst, og legger vekt på de fortellingene som konstrueres i intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 72).

Dette viser hvordan kunnskap i den postmoderne tenkning konstrueres gjennom språket i samtaler og relasjoner mellom mennesker. Sitatet bidrar også til å gi meg mening til mitt arbeid og tro på at ny kunnskap har blitt til gjennom både fokusgruppeintervjuet og det individuelle intervjuet i dette prosjektet.

3.2 En fokusgruppe og ett individuelt intervju

Til å innhente datamateriale har jeg valgt å benytte fokusgruppe. Som intervjuemetode betyr det å intervjuer eller samtale om et gitt tema i gruppe over en tidsbegrenset periode.

Innenfor individuelle intervjuemetoder vil ofte intervjueren være deltakende i prosessen gjennom spørsmålene som stilles. I fokusgrupper er det samspillet rundt tematikken informantene imellom som bidrar til å frembringe det empiriske datamaterialet (Malterud, 2018, s.19 og 72).

Den som gjennomfører og leder fokusgruppeintervju, omtales gjerne som moderator. Det er moderatorens oppgave å få deltakerne til å snakke sammen i gruppa (Malterud, 2018, s. 65). Jeg har selv vært moderator i mitt gruppeintervju. Fokusgruppe som intervjuform, der deltakerne samhandler og utveksler erfaringer, gir som nevnt ovenfor noen fordeler ut fra

en postmodernistisk tilnærming til intervju og behandling av datamaterialet. Det er likevel en svakhet med gruppeintervju at hver enkelt informant i mindre grad kommer til orde, sammenlignet med individuelle intervju. Det kan også oppstå sosiale prosesser i en gruppe der informantene justerer seg av ulike grunner. Informantene kan kjenne hverandre fra før, og ha ønske om å fremstå på en bestemt måte, eller de kan ha taktiske eller strategiske grunner for opptreden og uttalelser. Denne ulempen med grupper vil jeg ha med som bakteppe når jeg går inn i analysen av det innsamlede materialet.

Fokusgruppeintervju kan gjennomføres med ulik struktur og på ulike nivå, for eksempel når det gjelder grad av involvering fra moderator og valg av fokus. Jeg valgte å starte med en åpen struktur med samtale i gruppa om selve problemstillingen. Utover i intervjuet introduserte jeg de ulike forskningsspørsmålene for å unngå at samtalen skulle stå stille, og for å sikre en progresjon og fremdrift i samtalen om temaet som gir empirisk informasjonsgrunnlag. Intervjuet ble avsluttet med en noe strammere struktur der jeg ba informantene om eksempler fra egen praksis, om de opplevde at det var kommet frem noe gjennom gruppesamtalen som bidrog til ny innsikt for dem selv, og til slutt om det var noen temaer som hadde blitt oversett eller som de savnet og mente burde ha blitt tatt opp i intervjuet.

Jeg gjennomførte i tillegg ett individuelt intervju, og skal forklare og begrunne dette nærmere senere. I det individuelle intervjuet fulgte jeg samme samtaleguide, og gjennomføringen var i større grad preget av samtale mellom meg og legen, og ikke som en meningsutveksling mellom fagfeller. Fordelen er at denne legen kunne snakke mer fritt, uten påvirkningen i gruppa, mens ulempen er at samspillet uteblir.

3.3 Utforming av intervjuguide

Viktorija Wibeck viser i sin bok *Fokusgrupper* til fem typer spørsmål bør inngå i en strukturert intervjuguide for fokusgrupper (Wibeck, 2011):

- Åpningsspørsmål som hjelper deltakerne til å bli kjent med hverandre i forhold til problemstillingen, hvem de er og hvordan de er involvert i temaet for samtalen.
- Introduksjonsspørsmål som danner grunnlag for samtale og engasjement mellom deltakerne, uten for stor grad av involvering fra moderator.
- Overgangsspørsmål som sikrer fremdrift og utvikling i samtalen og gir forsker et nyttig datagrunnlag.
- Nøkkelspørsmål som sørger for at viktige erfaringer kommer frem og at datagrunnlaget blir relevant i forhold til det som skal undersøkes.
- Avsluttende spørsmål som bidrar til helhet, utvidelse og inkludering av mer enn det som selve problemstillingen i utgangspunktet inviterer til. Disse spørsmålene skal også hjelpe alle deltakerne til å bidra også med utvidede perspektiver og tanker.

Kjersti Malterud skriver om intervjuguide at den må gjenspeile den aktuelle problemstillingen for prosjektet (Malterud, 2018, s. 32 og 71) og viser til noen kjennetegn på gode spørsmål:

- Et konversasjonspreg som bidrar til å skape en uformell og trytt atmosfære
- Et språk som deltakerne forstår – unngå faglig sjargong og interne forkortelser
- En ledig formulering – en formell tone egner seg ikke alltid i intervjuguiden
- Forståelig spørsmål, uten omfattende innledninger
- Så korte spørsmål som mulig
- Åpne spørsmål som inviterer til utfyllende forklaringer, beskrivelser og eksempler
- Entydige spørsmål – ikke spør om flere ting samtidig

I mitt arbeid har jeg benyttet semistrukturert intervju, som innebærer at jeg har utarbeidet en samtaleguide der spørsmålene er forholdsvis åpne, og uten å følge spørsmålene slavisk gjennom intervjuet. Dette for at samtalen skal utvikle seg underveis og bli til gjennom en dialog og erfaringsutveksling mellom deltakerne. Jeg ønsket å oppnå at deltakerne forteller og deler erfaringer mer enn at de svarer på spørsmål.

Samtaleguiden med problemstilling og forskningsspørsmålene til intervjuene vises i vedlegg nr. 3.

3.4 Rekruttering av informanter

Ved oppstart av arbeidet hadde jeg ønske om å gjennomføre to gruppeintervju med 5-7 leger i hver gruppe. Dette vil ifølge Malterud ofte gi en god datafangst (Malterud, 2018, s. 37). Å honorere legene for å delta vurderte jeg som uaktuelt. Deltakelsen måtte derfor bero på velvilje og forståelse for studiens betydning fra legenes side. Det var også viktig å finne et geografisk område der det var realistisk å samle leger fra både bygd og by.

Jeg startet med å kontakte fylkeslegen for å sjekke muligheter for samarbeid. Fylkeslegen viste til svært mange lignende henvendelser og fant ikke mulighet til å være behjelpelig. Riktig nok kunne jeg få mulighet til å rekruttere leger til å delta i gruppeintervju i etterkant av et allerede planlagt møte. Det vil si at jeg fikk tilbud om å sende ut invitasjon til ca. 100 leger som skulle delta på et bestemt møte en bestemt dato, men dette arrangementet ble avlyst. Andre muligheter til å være behjelpelig syntes ikke fylkeslegen å ha.

I neste fase kontaktet jeg fem kommuneoverleger og spurte om de kunne sende min invitasjon ut til legene i kommunen. En kommunelege svarte ikke på henvendelsen til tross for flere purringer. En annen svarte nei, mens de tre siste sa ja til å sende ut invitasjonen. Etter noen dager fikk jeg positivt svar fra én lege. Flere uker gikk, og jeg hørte ikke fra flere leger. Invitasjonen til intervjuet vises i vedlegg nr. 1.

Jeg møtte tilfeldig en lege i det aktuelle distriktet som kunne fortelle at han hadde registrert invitasjonen min, men ikke tatt seg tid til å se nærmere på den. Jeg ringte deretter til noen legekontorer for å sjekke om de hadde mottatt invitasjonen via kommunelegen, men det hadde de ikke registrert. Jeg laget derfor en ny og mer personlig invitasjon der jeg inviterte til både middag og intervju noen konkrete datoer. Denne invitasjonen reiste jeg ut og leverte i ekspedisjonen på alle legesenter i fem kommuner, to bykommuner og tre bygdekommuner. 150 personlige invitasjoner ble levert ut i denne runden. Noen uker senere hadde jeg til sammen rekruttert tre leger.

I samtale med medstudenter, eget nettverk og ikke minst min veileder, kom jeg frem til at jeg fra nå av burde jobbe etter «snøball-metoden» i eget nettverk. Det vil si å kontakte noen leger direkte og spørre om de kunne tenke seg å delta, eventuelt om de kunne komme på

andre som de kunne spørre, eller som jeg selv kunne henvende meg til. Denne runden ga meg ytterligere to respondenter. En av disse kontaktet en venn som var lege. Også han sa ja til å delta. Dermed hadde jeg nådd opp til seks respondenter.

Min veileder tipset meg om tre leger jeg kunne kontakte og si at jeg kontaktet dem etter hennes anbefaling. To av disse svarte nei til å delta, mens en av dem sa ja. I samtale med veileder kom vi frem til at jeg burde gjennomføre masteren selv med bare ett gruppeintervju, og at det var en fordel om antall respondenter var syv eller flere.

I dialogen med legene hadde vi kommet frem til aktuell dato, klokkeslett og sted, men jeg fortsatte jakten på flere leger, blant annet gjennom mitt private nettverk. En person i mitt nettverk anbefalte meg å kontakte hennes søster som var lege i nabokommunen. Hun var usikker på om hun kunne bruke tid på dette, men to timer før oppstart av intervjuet fikk jeg melding om at hun ville komme.

Både underveis og i etterkant har jeg snakket med flere leger om oppgaven min. De har fortalt at de får mange forespørsler om å delta i undersøkelser, forskning og møter, og at de prioriterer det de vurderer som mest relevant innenfor eget fagområde. En masteroppgave i diakoni vurderer de som lite aktuell. Basert på dette konkluderte jeg med å være tilfreds med å få gjennomført ett gruppeintervju med åtte deltakere, og jeg er særdeles takknemlig for de som stilte opp.

Etter gruppeintervjuet anbefalte en av legene meg å kontakte hans tidligere kollega. Denne kollegaen hadde i mange år vært spesielt opptatt av og engasjert i de åndelige og eksistensielle samtalene på legekantoret. Jeg valgte å kontakte denne legen og fikk gjennomført et individuelt intervju med ham noen dager senere.

3.5 Utvalg og gjennomføring av intervjuer

Alle mine respondenter er allmennleger. Noen var unge og hadde praktisert noen få år, mens andre var nylig blitt pensjonister etter et langt liv som leger. Gruppen besto av tre

kvinner og fem menn. Legepraksisen varierte fra en av landets større byer, til liten bygd der de fleste kjenner hverandre.

Intervjuet ble gjennomført i februar i 2020 i en bygd omtrent midt i det aktuell geografiske området i den vestlige delen av landet. To av legene hadde lang reisevei, men begge disse var pensjonister og ga uttrykk for at de hadde tid til å reise og at de gjerne ville være med.

Jeg leide en del av en restaurant til gjennomføringen av intervjuet og vi hadde rommet for oss selv. Fremmøtetid ble satt til kl. 16.00 slik at legene kunne fullføre sin arbeidsdag og reise direkte til et måltid mat. Jeg dekket selv utgiftene. Etter middagen startet selve intervjuet, kl. 16.30. Etter 1,5 timer fikk hver lege 1 minutt til å oppsummere, og møtet ble avsluttet kl. 18.10.

Legene ble plassert rundt et bord i en hestesko, med meg på enden. En venn av meg driver med TV-produksjon. Han stilte opp med videokamera og lydopptaker. Han plasserte kamera og flere mikrofoner i midten av hesteskoen. I tillegg hadde jeg med meg en kollega som sekretær. Hun ble plassert i et hjørne av rommet for å gjøre notater av observasjoner. Det ble ikke gjort notater av betydning for innholdet i intervjuet. Jeg fikk med meg notatene før vi forlot rommet og har oppbevart dem i låst arkivskap på låst kontor. Begge to har signert på taushetserklæring.

Ved oppstart av møtet presenterte jeg de to og deres oppgave. Respondentene syntes å ikke være preget at kamera, mikrofoner eller av at notater ble nedskrevet. Ved å benytte video med lyd, var det enklere å se hvem som til enhver tid snakket når jeg skulle transkribere materialet. Det er det transkriberte materialet jeg har benyttet i analysen og ikke videoopptaket. Jeg vurderte at det visuelle fra videoopptakene ikke hadde avgjørende betydning, og med en så liten gruppe kunne det bli en utfordring å ivareta deltakernes anonymitet gjennom beskrivelser fra videoopptakene. Jeg fikk med meg alle lyd og bildefiler før vi forlot lokalet. Disse har jeg selv oppbevart på sikker dataplattform og nedlåst i arkiv på låst kontor.

Dagen etter gruppeintervjuet kontaktet jeg kollegaen til en av deltakerne på intervjuet. Vi avtalte å møtes på et nøytralt kontor i en bygd midt mellom hans og mitt bosted tre dager senere. Jeg benyttet samme samtaleguide og det ble tatt lydopptak fra dette intervjuet. Også dette er arkivert på samme måte.

3.6 Transkribering

Transkribering er å omgjøre tekst fra lydfil til tekst (Malterud, 2018, s. 95). Det vil si at alle ord som ble sagt under intervjuet blir skrevet ned ordrett, og at det blir angitt hvem som til enhver tid snakker. Jeg har valgt å transkribere intervjuene selv. Det gir meg en god mulighet til å komme tett på datamaterialet. Transkriberingen ble gjennomført umiddelbart etter at intervjuene var ferdige. Alt fra intervjuene er oversatt fra ulike dialekter til bokmål. Legene er nummerert i det transkriberte materialet for å bidra til å sikre anonymitet.

3.7 Analysemetode

Forskningsarbeid skal bidra med ny innsikt eller ny kunnskap (Anker, 2020, s. 15). Det er neppe en overraskelse og noe nytt at åndelige og eksistensielle problemstillinger er en viktig del av legenes pasientbehandling. Med denne oppgaven er hensikten først og fremst å se på tematikken ut fra diakonivitenskapelige perspektiver, spesielt med tanke på å belyse helsetjenesten og kirkens felles helseoppdrag og eventuelle muligheter for samhandling.

Det er det transkriberte materialet som ligger til grunn for analysen. Sosiologen Lars E.F. Johannessen definerer analyseprosessen slik: «Å analysere er å lete i data etter svar på spørsmål» (Johannessen, 2018, s. 22). Professor i medisin Kirsti Malterud holder frem tre mulige analysestrategier der den første er en tematisk analyse som tar utgangspunkt i en sammenfatning av det viktigste budskapet i teksten. Neste analyseform kalles ofte datastyrt analyse, og beskrives av Malterud som studier der identifiserte enheter i teksten utgjør et grunnlag for databaserte kategorier som reorganiseres for å få frem meningsinnholdet. Teoristyrte analyse er den tredje formen der analysen tar utgangspunkt i eksisterende teori på valgte områder (Malterud, 2018, s. 103).

I denne oppgaven har jeg valgt å benytte en kombinasjon av temastyrt og teoristyrte analyse. Jeg har gjort en sammenfatning av det viktigste budskapet i teksten og sortert dette under

mine forskningsspørsmål. Professor i religionsvitenskap, Trine Anker benytter begrepet *tematisk innholdsanalyse* og beskriver det som en empirinær strategi og systematikk for å belyse et spesifikt tekstinnhold (Anker, 2020, s. 39). Hensikten er å se etter temaer og hente ut det meningsbærende innholdet og hovedbudskap fra teksten og gjøre et stort datamateriale mer håndterbart både for forsker og leser (Halkier, 2010, s. 85).

Teoristyrte analyse er å bruke teori til å belyse innsamlet materiale på. I denne oppgaven er jeg primært informert av diakonivitenskaplig teori når jeg tolker materialet, noe som vil bli synliggjort i drøftingen nedenfor. Målet er å binde sammen teori og empiri ved å lage et teoretisk rammeverk som plasserer og forklarer erfaringene i en tydeliggjort og definert kontekst (Everett & Furseth, 2019, s. 68).

3.8 Litteratursøk

Jeg foretok litteratursøk i hovedsak på norsk i forkant av oppgaveskrivingen i håp om å finne litteratur som kunne bidra til å belyse problemstillingen og gi et bakteppe for undersøkelsen. I hovedsak ble det søkt i Oria, diroa og idunn, samt i enkelte tidsskrifter.

Sentrale søkeord var åndelig, eksistensiell, livsmestring, mot, mening og håp. Disse begrepene ble koblet med ord som helse, lege, allmennlege, fastlege, legekontor, samtale, konsultasjon og behandling. Søkene ga mange treff, noe som kan indikere at temaet har relevans. Men koblingen mellom legekontor/allmennlege og de øvrige søkeordene ga få treff. Andre ord som også ga meg noen treff var selvmord, dødsfall, palliativ, traume og sorggruppe. Videre ga kombinasjoner med ord som folkehelse, forebygge og samhandling noen treff.

Det er mitt inntrykk fra litteraturgjennomgangen at det finnes en del litteratur og forskning på de åndelige og eksistensielle samtalene i forbindelse med sykdom, ulykker og død, og at det er en naturlig del av palliativ omsorg på institusjoner. Det var likevel lite å finne om de åndelige og eksistensielle samtalene på legekantoret. Jeg søkte derfor i studieplanene ved de medisinske instituttene i Norge etter nærliggende tema og litteratur i legeutdanningen, men uten å lykkes å finne relevante læringsmål, ferdigheter eller litteratur. Begrepene åndelig og eksistensiell klarte jeg ikke å finne i læreplanen ved universitetet i Oslo i mine søk i januar og april 2020. Jeg har gått gjennom samtlige bolker og temaer på alle universiteters

nettsider og finner at det inngår temaer om legens samfunnsoppdrag, rolle, samtalekompetanse og medisinsk etikk, men åndelig omsorg eller åndelige og eksistensielle samtaler finner jeg ikke. For å kvalitetssikre mine søk, kontaktet jeg fire universitet på e-post med spørsmål om hvorvidt, og eventuelt hvordan temaet tas opp i studiet.

To har svart på min henvendelse og bekreftet at de åndelige og eksistensielle samtaler ikke er eget tema i medisinstudiet. De som har svart meg har heller ikke kunne bekrefte at spesialistutdanningen i allmenntid medisin tar opp disse temaene. Det har forundret meg at mine informanter mener at åndelige og eksistensielle samtaler på legekantoret er både vanlige, viktige og nyttige samtaler, men likevel ikke er tema i profesjonsstudiet.

3.9 Ethiske dilemmaer

I ethvert prosjekt er det viktig å vurdere om temaet er privat, prinsipielt eller kontroversielt og om det er etiske dilemmaer knyttet til gjennomføringen (Everett & Furseth, 2019, s. 26 og 136).

Jeg har vurdert om deltakelsen i mitt prosjekt kan oppleves som belastende for mine deltakere, eventuelt om tredjeparter kan være berørt. Kartleggingen i denne undersøkelsen handler om allmennlegers erfaringer og opplevelser omkring de åndelige og eksistensielle samtaler på legekantoret. Det er den profesjonelle yrkesrollen ovenfor praksisen som har vært i fokus og ikke legenes personlige tro og overbevisning. Vi må forvente at allmennleger som faggruppe har et reflektert og gjennomtenkt forhold til sin egen rolle, kompetanse og praksis. Min vurdering er at problemstillingen i liten grad er belastende for mine informanter.

Informantene har signert på informert samtykke der det kommer frem at de kan trekke seg fra prosjektet til enhver tid uten nærmere begrunnelse. Skjema for samtykke finnes i vedlegg nr. 2. Informantene er garantert anonymitet fra min side, og deltakerne i fokusgruppa ga en gjensidig anonymitetsbekreftelse til hverandre i samtykkeerklæringen. Jeg ser likevel at noen informanter kan bli gjenkjent gjennom et karakteristisk språk, noen «kjepphester» eller særegenheter. Med såpass få informanter som jeg har i mitt prosjekt kan derfor anonymiteten være spesielt sårbar.

Dersom mine informanter leser denne oppgaven, vil de trolig kjenne igjen både sine egne og de andre deltakernes ord og uttrykk, uttalelser og meninger. For å bidra til størst mulig grad av anonymitet ovenfor andre lesere har jeg unngått å sitere spesielt karakteristiske ord og uttrykk.

Gjennom intervjuene delte noen av legene konkrete eksempler fra egen praksis. Legene var selv bevisste på å anonymisere eksemplene. Ved anonymisering av eksemplene beskyttes tredjepart. Det er i alle forskingsprosjekter der mennesker deltar er en fare for å trå feil, men her har både respondentene hatt stor bevissthet om de etiske hensyn, og jeg har selv kontrollert anonymiseringen når jeg transkriberte intervjuet.

3.10 Reliabilitet og validitet

Begrepene reliabilitet og validitet handler om påliteligheten til forskeren og gyldigheten ved undersøkelsen (Johannessen, 2016, s. 66). Ved å redegjør for egen posisjon og muligheten for at min posisjon kan ha påvirket prosjektet, styrkes prosjektets troverdighet. Dette viser jeg ved å beskrive mitt forhold til informantene og problemstillingen til prosjektet og tydeliggjøre konteksten for undersøkelsen.

Mitt fagteoretiske utgangspunkt har jeg gjort rede for i teorikapittelet. I analysekapittelet viser jeg min fremgangsmåte og prøver å gjøre den så transparent som mulig for leseren. Under drøftingen og det avsluttende kapittelet om implikasjoner for praksis, skiller jeg mellom informasjon fra informantene, de teoretiske perspektivene som benyttes, og mine egne refleksjoner, vurderinger og konklusjoner. På denne måten vil leseren kunne følge og kritisk vurdere mine posisjoner underveis.

Validitet er uttrykk for gyldigheten av resultatene og tolkningene forskeren har kommet frem til (ibid). En kritisk gjennomgang av analyse og resultater for å vurdere om alternative tilnærminger og perspektiv kan være med å si noe om gyldigheten av undersøkelsen, bidrar til å plassere undersøkelsen inn i en kontekst. Selv om alternative tilnærminger ville satt saken i et annet lys enn det jeg har fått frem, betyr det ikke at mine resultater og vurderinger er feil eller ugyldige, men at de ikke er uttømmende eller fullstendige.

Min diakonivitenskapelige referanseramme, supplert med noen alternative teoretiske innfallsvinkler vil være rammen for denne undersøkelsen, sammen en hermeneutisk tilnærming til tolkning av tekst og en postmoderne og sosialkonstruktivistisk forståelse av samhandling som posisjon for arbeidet. Andre studenter ville trolig funnet andre plattformer for analyse og tolkning av den samme teksten, og dermed også andre resultater. Gyldigheten av resultatene og tolkningen min må derfor betraktes som subjektive. Mine resultater er gyldige i den rammen og konteksten de er en del av. Gjennom skriveprosessen har jeg søkt å arbeide kritisk med både informantenes anonymitet, gjennomsiktighet i analysen og tydelige referanser og henvisninger drøftingen, tolkningen og mine egne vurderinger.

3.11 NSD

Det er et krav at undersøkelser de personopplysninger kommer frem, skal godkjennes av Norsk senter for datasikkerhet (NSD). Jeg sendte inn samtykkeerklæring og samtaleguideide til fokusgruppeintervjuet og fikk det godkjent med prosjektnummer 824313.

Etter fokusgruppeintervjuet ble jeg som sagt anbefalt å gjennomføre et individuelt intervju med en lege som ikke deltok i gruppeintervjuet. Jeg søkte NSD om å få godkjent samme samtykkeerklæring og samtaleguide for gjennomføring av dette supplerende individuelle intervjuet. Også dette ble godkjent.

I godkjenningen har jeg fått anledning til å beholde mitt datamateriale frem til sommeren 2021. Deretter vil både video- og lydopptak, transkribert materiell, og sekretærens notater bli slettet.

3.12 Kritikk av metodevalg

Jeg har benyttet fokusgruppe som intervjumetode, supplert med ett individuelt intervju. Ovenfor har jeg forklart at planen var å gjennomføre minst to gruppeintervju, men at mye arbeid resulterte i kun ett intervju med 8 deltakere, og deretter ett individuelt intervju. Dette gir et beskjedent datagrunnlag, men er tilstrekkelig til å frembringe kvalitativ kunnskap fra legenes erfaringer.

Målet med denne oppgaven har vært å få frem noen erfaringer som grunnlag for en drøfting av praksis og implikasjoner for ny og endret praksis. Om undersøkelsen min kan bidra til å sette fokus på temaet jeg tar opp, og eventuelt motivere til fremtidig forskning på nærliggende problemstillinger, vil det glede meg mye.

Med denne ambisjonen for arbeidet har jeg kommet frem til at mine ni informanter har gitt meg et rikt og verdifullt forskningsmateriale som kan benyttes til analyse, drøfting og vurderinger i henhold til målet med oppgaven.

Fokusgruppeintervju har noen styrker og ulemper. Styrken er blant annet at samhandlingen bidrar til erfaringsdeling der den ene informanten bygger videre på det en annen informant har sagt. Samhandlingen er en prosess som driver frem informasjonen fra legene. Ulempene kan være at informantene snakker i munnen på hverandre, at det blir ubalanse i hvem som snakker, et posisjons- kompetanse- eller makthierarki. Det kan også være fare for at informantene justerer seg etter hverandre eller i større grad forteller det som de tenker passer seg eller forventes, mer enn å dele åpent og nyansert fra egne erfaringer og tanker.

I individuelle intervju kan informantene snakke mer åpent og direkte, men den prosessen samhandlingen gir uteblir.

Når legene deler opplevelser og erfaringer, gjør også de et utvalg, en oppsummering og en generalisering av det de faktisk har opplevd og erfart. Spennet av erfaringer gjennom en lang praksis er trolig langt større enn det deltakerne klarer å gjenfortelle.

Videre er det fare for at deltakerne forteller det de ønsker å dele, og ikke det de eventuelt ønsker å holde tilbake for eksempel for å beskytte seg selv, eller for å fremstå annerledes eller bedre enn hva praksisen skulle tilsi.

4 Analyse

4.1 Innledning til analysearbeidet

Kvalitativ analyse er å organisere materialet i mønster som kan leses og forstås (Johannessen, 2018, s. 123-125).

I analysearbeidets første fase har jeg gått gjennom det transkriberte materialet tre ganger for å danne meg et helhetsinntrykk. Gjennom denne prosessen har jeg forsøkt å hente ut de meningsbærende elementene fra det transkriberte materialet, og plassert dem inn under forskningsspørsmålene jeg har benyttet. Etter å ha lest teksten fra fokusgruppeintervjuet tre ganger sammenhengende, har jeg sortert ut all tekst fra lege nr. 1 og lest uttalelsene kun fra denne legen i sammenheng. Deretter tilsvarende for samtlige 8 leger. Denne gjennomgangen gir mulighet for å se etter både likheter og ulikheter legene imellom (Anker, 2020, s. 73).

Som praktisk løsning har jeg satt det transkriberte materialet inn i en tabell og deretter forsøkt å hente ut de meningsbærende enhetene i hver enkelt uttale i en forkortet versjon. Med meningsbærende enheter mener jeg nøkkelord, begreper og uttalelser relatert til forskningsspørsmålene i intervjuet. Å ordne og bearbeidet materialet handler om å velge ut, systematisere, kategorisere og tolke tekst (Anker, 2020, s 11 og 63). Neste trinn var å identifisere og fange opp hovedbudskapet i de meningsbærende enhetene tematisk under hvert forskningsspørsmål. Jeg valgte å bruke forskningsspørsmålene som kategorier for sortering av hovedbudskapet fra intervjuet. Deretter noterte jeg ned stikkord for hver enkelt uttalelse som kunne fungere som huskelapper eller kontrollord i det videre arbeidet.

Noen av hovedbudskapene ble gjentatt flere ganger, men med noe ulik ordlyd og vektlegging. For å unngå gjentakelser og repetisjoner, har jeg sammenfattet hovedbudskapet med mine egne ord i form av kulepunkter. Dette viser jeg flere eksempler på under analysen.

Etter å ha sammenfattet hovedbudskapene fra intervjuet i kulepunkt og sortert disse under de aktuelle forskningsspørsmålene, gikk jeg tilbake til stikkordene for å kontrollere om noe var utelatt eller glemt. Deretter hørte jeg gjennom hele intervjuet på nytt for å sjekke om mine sammenfatninger så langt som mulig gjenspeiler hovedbudskapet til respondentene. Å

vende tilbake til datamaterialet gjentatte ganger bidrar til å kvalitetssikre analysearbeidet (Johannessen, 2018, s 278-282).

Den analytiske veien fra tekstmaterialet til sammenfatningene viser jeg nedenfor gjennom en rekke direkte sitarer fra intervjuene.

Før jeg går nærmere inn i selve teksten, vil jeg peke på at det er forskjell på legenes bidrag i gruppa:

Tabell 1: Oversikt over legenes bidrag i fokusgruppeintervjuet:

Lege nr:	Tok ordet antall ganger:	Brukte antall ord:
1	8	923
2	8	1441
3	10	586
4	8	705
5	7	1166
6	4	485
7	7	1214
8	21	2694

Det er ikke slik at de legene som tok ordet færrest ganger og brukte få ord, hadde lite engasjement og lav bevissthet om temaene. Ofte bekreftet de noe av det som ble sagt av de legene som brukte flest ord. Fire av legene hadde et langt liv som allmennleger bak seg og kunne dele mange historier og erfaringer, mens noen av de yngre legene ga uttrykk for at de gjenkjente og delte mange av de samme erfaringene som de eldre legene, men at de hadde kortere fartstid som leger. Tallene ovenfor kan forstås i lys av dette.

Når jeg leser hver enkelt lege sine bidrag, og sammenligner legenes utsagn med hverandre, kan jeg ikke se at det er nevneverdig uenighet mellom legene, eller at legene har påfallende ulik tilnærming til temaet. Det finnes likevel noen nyanser som jeg vil peke på.

Legenes trygghet på temaet og grad av aktiv tilnærming til pasientene omkring åndelige og eksistensielle tema er noe ulik. Det samme gjelder legenes egen fordypning i tematikken. To

av legene synes å ha arbeidet mye med problematikken både i forbindelse med undervisning av legestudenter og veiledning av turnuskandidater, og ved å holde foredrag eller seminarer om temaet for både fagfeller og andre interessegrupper.

Fokusgruppeintervjuet bar preg av at to eldre leger både hadde lang erfaring med åndelige og eksistensielle problemstillinger i pasientarbeidet, og i tillegg hadde arbeidet grundig med temaet i undervisnings- og veiledningssammenheng. De to andre legene som hadde et langt liv som allmennleger bak seg kunne også vise til mange erfaringer på området. Disse fire legene tok til sammen noe større plass i gruppeintervjuet enn de yngre legene. De yngre legene syntes å både vise nysgjerrighet ovenfor de eldre legenes fortellinger, men også å dele egne erfaringer som kunne bekrefte at åndelige og eksistensielle spørsmål oppfattes som en viktig del av pasientbehandlingen.

Siden jeg ikke fant motsetninger av betydning mellom legene, har jeg kommet frem til at det transkriberte materialet best kan analyseres som en helhet. Medlemmene i min fokusgruppe var en relativt homogen gruppe, med felles språk, praksis fra samme landsdel og samme referanseramme som allmennleger, med unntak av alder og fartstid.

Jeg spurte ikke legene om deres personlige livssyn, men tre av legene var selv tydelige på at de hadde en kristen tro som hadde stor betydning for dem. En av legene var klar på at han ikke hadde en personlig tro. For de øvrige legene er personlig tro ukjent. De to legene som tok ordet flest ganger og brukte flest ord gjennom intervjuet var også de to som hadde størst interesse og mest erfaring med de åndelige og eksistensielle samtaleene på legekantoret. Disse to var i tillegg de som var tydeligst, og uttalte seg mest positivt om betydningen av de åndelige og eksistensielle samtaleene. En av disse hadde en kristen tro, den andre ikke. Begge var helt tydelige på at personlig tro ikke måtte styre deres profesjonelle praksis, noe jeg skal vise senere i analysen.

4.2 Struktur i analysearbeidet

I det konkrete analysearbeidet fra transkribert tekst til meningsbærende enheter nedenfor har jeg tatt utgangspunkt i en fenomenologisk modell fra den amerikanske psykologen og forfatteren Amedeo Giorgi som består av fire trinn (Malterud, 2018, s. 100-103):

- 1: Få et helhetsinntrykk
- 2: Identifisere meningsbærende enheter
- 3: Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene
- 4: Sammenfatte betydningen av enhetene

Gjennom strukturering av analysearbeidet er hensikten å hente ut erfaringer og meninger fra deltakerne i intervjuet, reformulere hovedbudskapet i punkter som grunnlag for drøfting og vurderinger av de funn som er gjort (Anker, 2020 s. 64-65 og 75).

Ovenfor har jeg vist hvordan jeg har arbeidet med å skape et hovedinntrykk gjennom å lese hele den transkriberte teksten flere ganger og deretter hver enkelt leges uttalelser i sammenheng. Nedenfor viser jeg hvordan jeg har arbeidet med å identifisere meningsbærende enheter. I tabell 2 har jeg tatt med et lite utdrag fra intervjuet der jeg viser hvilken lege som har uttalt seg, identifisert med nummer, hva legen har sagt, og hvilke meningsbærende enheter jeg har hentet ut av legens uttalelse. Der det står M betyr dette moderator.

Tabell 2: I tabellen nedenfor vises veien fra transkribert tekst til meningsbærende enheter:

Lege:	Transkribert tekst:	Mening: (Meningsbærende enheter.)
7	<p>Jeg kan begynne litt. I og med at jeg sa litt om dette med forholdet til døden, så går jo mange samtaler mellom leger og pasienter som har angst for livet eller frykt for døden. Der jo dette, selv om alle vet de skal dø en gang, så er det ikke alle som forholder seg til døden som begrep eller som realitet. Det synes jeg alltid har vært interessant å snakke med folk om, og tror jeg har blitt mer direkte og spør folk eller pasientene da, medmenneskene, hva er det du er redd for? Skal ikke du dø, osv. Og det kan sies mye om det med dødsangst og helseangst, men det er ofte også en innledning til dette, og noen reagerer veldig positivt og da er det en samtale omkring det, og noen vil ikke snakke om det og da er det helt greit.</p>	<p>Mange samtaler om angst for livet – frykt for døden</p> <p>Legen må være mer direkte når han spør</p> <p>Mange pasienter opplever dødsangst og helseangst</p> <p>Noen reagerer positivt, andre negativt på å snakke om åndelige og eksistensielle problemstillinger</p>
8	<p>Det har en annen side og det er dersom man på en måte kommer dit at man har en samtale om dette så er det også en samtale som innebærer vokster eller mestring eller forståelse eller mening. Så det er ikke bare det, hvordan man skal møte angsten, men koss en skal leve dette. Me kan også kalle det et salutogenetikum, de ligge en salutogenese i det, det ligger Empowerment i det. Det betyr at det får en dobbelt betydning, både til å beherske det, gi</p>	<p>Samtalen om åndelige og eksistensielle problemstillinger innebærer vekst</p> <p>Samtalen innebærer mening</p> <p>Samtalen får dobbel betydning</p>

	trøst i det, men og å utvikle noe som kan brukes når det gjelder å leve videre.	1-trøst og 2-mestring
3	Jeg tenker det ikke er alltid pasientene vet selv at de er inne i en eksistensiell problemstilling eller åndelige problem, at de og meg som leger, det er ikke alltid jeg heller kommer på det i møte med pasienter. Men det er viktig å ha dette med seg som en problemstilling i samtale med personer, som; hvordan er det med tanker om hvem er du, hvorfor er du her? Og det tenker jeg er noe vi kommer inn på mer som leger hvis vi er oppmerksomme på at det er en del av mennesket. Det blir nok gjemt, glemt og kanskje fortrent litt. Depresjon og angst kan en snakke om, men hva annet ligger bak da?	<p>Pasienter mangler bevissthet egne åndelige og eksistensielle utfordringer</p> <p>Leger mangler bevissthet om at pasienten strever med utfordringer av åndelig og eksistensiell karakter og kan overse dette</p> <p>Viktig å ha med seg, være oppmerksom på hva pasienter sier eller signaliserer, som kan være noe bakenforliggende av åndelig og eksistensiell karakter</p> <p>Viktig å kunne snakke om det som ligger bak depresjon og angst</p>

M	Så da er du den som tar initiativ?	
3	Jeg håper jeg gjør det, hvertfall av og til. Det er sjelden jeg får den bestillingen: Lege kan vi snakke om dette?	Legen må være den aktive
2	Det er jeg helt enig i og samtidig er jeg enig i det du sier om at pasienter ikke går rundt og tenker: Er dette et eksistensielt problem, er det åndelig problem? De har sine problemer sånn som de har dem, og hvis de har tillit til den doktoren de kommer til, så kommer de med sine problemer nokså usensurert. Så jeg opplever at de kommer stadig med problemer som jeg ville forstått som eksistensielle problemer. Jeg opplever for eksempel, og midt oppi alt det andre, det er ikke slik at nå tar vi fem minutt med eksistensielle problemer, så tar vi fem minutt med blodtrykk. Det kommer midt oppi alt det andre. For eksempel hadde jeg en dag den jobben at jeg måtte fortelle dårlig nytt om en diagnose. Det første den pasienten spurte om var; Betyr det at jeg nå må planlegge min egen begravelse? Det er jo egentlig å spørre om eksistensielle spørsmål. Altså, hvordan går det med mitt liv og døden.	Tillit til doktoren betyr mye for om pasienten åpner seg om åndelige og eksistensielle utfordringer Problemene kommer usensurert når pasienten har tillit til legen Medisinske, psykiske og åndelige/eksistensielle problemer kommer samtidig
M	Kjenner dere andre igjen dette?	

4	<p>Ja det gjør jeg, og i forhold til det du snakket om der (peker på 2) synes jeg det har blitt litt vanskeligere nå å være den som styrer den samtalen. Det er så mye som går digitalt av beskjeder fra sykehuset, og du vet aldri hva pasienten får vite, vi vet liksom ikke hvordan vi skal sortere det ut eller legge føringer for hvordan den samtalen skal skje. Plutselig har pasienten fått vite noe helt annet via Digipost, og svar mellom sykehusleger, og tilgang til journalen selv. Det synes jeg er vanskelig. Så må vi gjerne si alt i en samtale der vi kanskje bare har 20 minutt, mens ellers ville vi nok porsjonert det ut over tid og ja.</p>	<p>Har blitt vanskeligere å styre pasientdialogen på grunn av de digitale verktøy som kan være et hinder fordi pasienter får informasjon om sin helse/diagnoser ufiltrert og uten sammenheng, med forklaring fra ulike kilder</p> <p>At allmennlegen ikke får styre pasientdialogen reduserer legens mulighet for helhetstenkning av pasientoppfølgingen.</p>
---	---	---

Tabellen viser et lite utdrag fra fokusgruppeintervjuet. I høyre kolonne har jeg plukket ut og reformulert det jeg vurderer som meningsbærende enheter i hvert utsagn. Tilsvarende arbeid har jeg gjort for samtlige uttalelser i hele fokusgruppeintervjuet.

Fra det individuelle intervjuet med legen som ikke deltok på fokusgruppeintervjuet, har jeg benyttet samme fremgangsmåte. Her er et eksempel fra intervjuet med denne legen:

Tabell 3: I tabellen nedenfor vises veien fra transkribert tekst til meningsbærende enheter:

Lege:	Transkribert tekst:	Mening: (Meningsbærende enheter.)
9	<p>Jeg klarte å få prestekontoret inn på helsesenteret. For oss var det slik at prestekontoret var i prestegarden og alle på dette stedet, der alle kjenner alle, kunne se bilene som stod der og visste hvem som var hos presten. Hvis ikke det var begravelse eller bryllup, hva er det da? Så jeg ville at presten skulle delta på det mer anonyme helsesenteret så kunne folk velge hvilken dør de ville gå inn i. Det varte ganske lenge, men nå er det prestekontoret igjen. Men der prestekontoret er nå er det så mange som holder til og det skjer så mye der, at det er ikke slik at alle vet hvor du er. Det er også annerledes nå. Det er ikke slik at når du er på prestekontoret så har du store livsproblemer, skal skilles eller har åndelige behov. Det er mer vanlig nå.</p>	<p>At presten er tilgjengelig i et miljø, at terskelen for å snakke med presten reduseres og at samtaler med presten blir mer vanlig har legen ønsket og jobbet for.</p> <p>Organisering av samarbeidet mellom helsetjenesten og prest/diakon har betydning</p>

De meningsbærende enhetene er ikke uttømmende. Andre ville trolig formulert de meningsbærende enhetene annerledes og oppdaget andre poeng, alt etter hensikten og målet med forskningen. Hva som skal tas med og hva som skal vektlegges av datamaterialet styres av dette (Anker, 2020, s. 69). I min utvelgelse og formulering av de meningsbærende enhetene har jeg vektlagt uttalelser som direkte eller indirekte sier noe om forskningsspørsmålene mine.

Jeg har i metodekapittelet redegjort for den plattform jeg står på i mitt analysearbeid, og vil med et hermeneutisk perspektiv understreke at det ut fra ett fokusgruppeintervju og ett individuelt intervju selvsagt er urimelig å påstå å ha funnet allmenngyldige sannheter. Mitt mål er å reflektere over legenes erfaringer i lys av valgt teori og formålet med denne oppgaven.

Etter å ha hentet ut de meningsbærende enhetene, har jeg gått gjennom disse på samme måte som den transkriberte teksten, først ved å lese de meningsbærende enhetene tre ganger sammenhengende og deretter for hver enkelt lege. Målet med denne gjennomgangen er å forsøke å oppdage noen hovedbudskap som går igjen, samt noen undertema eller stikkord som jeg kan benytte for å kontrollere at viktige elementer ikke faller bort. I tabellen nedenfor viser jeg dette nærmere.

Tabell 4: Fra meningsbærende enheter til hovedtema og stikkord.

Mening: (Meningsbærende enheter.)	Hovedtema - hovedsaken:	Undertema - stikkord:
<p>Mange samtaler om angst for livet – frykt for døden</p> <p>Legen må være mer direkte når han spør</p> <p>Mange pasienter opplever dødsangst og helseangst</p> <p>Noen reagerer positivt, andre negativt på å snakke om åndelige og eksistensielle problemstillinger</p>	<p>Samtaler om åndelige og eksistensielle problemstillinger er vanlige og aktuelle.</p> <p>Snakke direkte med pasienten om dødsangst og helseangst er viktig del av pasientbehandlingen</p> <p>Akseptere både åpenhet og avvisning</p> <p>Legen må oppdage pasienters innledningen til temaet og benytte det som en inngang til å ta opp temaet</p>	<p>Åpenhet</p> <p>Direkte spørsmål</p> <p>Våge å spørre</p> <p>Oppdage inngangen</p> <p>Invitere til samtale</p>
<p>Samtalen om åndelige og eksistensielle problemstillinger innebærer vekst</p> <p>Samtalen innebærer mening</p> <p>Samtalen får dobbel betydning</p> <p>1-trøst og 2-mestring</p>	<p>Den åndelige og eksistensielle samtalen er en ressurs i pasientbehandlingen.</p> <p>Samtalen er et verktøy</p> <p>De åndelige og eksistensielle</p>	<p>Vekst</p> <p>Mening</p> <p>Trøst</p>

	<p>samtaler har et potensiale i seg til helsegevinst</p>	
<p>Pasienter mangler bevissthet egne åndelige og eksistensielle utfordringer</p> <p>Leger mangler bevissthet om at pasienten strever med utfordringer av åndelig og eksistensiell karakter og kan overse dette</p> <p>Viktig å ha med seg, være oppmerksom på hva pasienter sier eller signaliserer, som kan være noe bakenforliggende av åndelig og eksistensiell karakter</p> <p>Viktig å kunne snakke om det som ligger bak depresjon og angst</p>	<p>Manglende bevissthet både hos legen og pasienten er en mulighet</p> <p>Økt fokus er viktig</p> <p>Legens samtalekompetanse og evner til å se og forstå</p>	<p>Bevissthet og oppmerksomhet</p> <p>Det som ligger bakenfor lidelser</p>
<p>Legen må være den aktive</p>	<p>Proaktiv</p>	<p>Lyttende og åpen</p>

<p>Tillit til doktoren betyr mye for om pasienten åpner seg om åndelige og eksistensielle utfordringer</p> <p>Problemene kommer usensurert når pasienten har tillit til legen</p> <p>Medisinske, psykiske og åndelige/eksistensielle problemer kommer samtidig</p>	<p>Relasjonen lege-pasient er viktig og ofte avgjørende.</p> <p>Pasientbehandlingen utgjør en helhet</p>	<p>Tillit</p> <p>Åpenhet</p> <p>Helhetlig forståelse</p>
<p>Har blitt vanskeligere å styre pasientdialogen på grunn av de digitale verktøy som kan være et hinder fordi pasienter får informasjon om sin helse/diagnoser ufiltrert og uten sammenheng, med forklaring fra ulike kilder</p> <p>At allmennlegen ikke får styre pasientdialogen reduserer legens mulighet for helhetstenkning av pasientoppfølgingen.</p>	<p>Digitale verktøy som hinder</p> <p>Samarbeid primærhelsetjeneste og spesialhelsetjeneste</p> <p>Kommunikasjon er en helhet, muntlig og skriftlig, og det betyr noe hvordan informasjonen blir gitt</p>	<p>Kommunikasjonsutfordringer på ulike plattformer</p> <p>Dilemmaer med samhandling</p>

Etter å ha brutt ned de meningsbærende enhetene til hovedtema med stikkord, har jeg gått gjennom hovedtemaene og stikkordene først i sammenheng tre ganger, deretter for hver enkelt lege med den hensikt å kunne sammenfatte hovedbudskapet i noen funn under mine forskningsspørsmål.

Fra det individuelle intervjuet med lege nr. 9, har jeg fulgt samme spor:

Tabell 5: Fra meningsbærende enheter til hovedtema og stikkord.

Mening: (Meningsbærende enheter.)	Hovedtema - hovedsaken:	Undertema - stikkord:
At presten er tilgjengelig i et miljø, at terskelen for å snakke med presten reduseres og at samtaler med presten blir mer vanlig har legen ønsket og jobbet for. Organisering av samarbeidet mellom helsetjenesten og prest/diakon har betydning	Det har noe å bety hvordan samarbeid mellom helsetjenesten og kirken/presten/diakonen organiseres. Samtaler med prest/diakon er mer vanlig nå	Organisering Samarbeid Holdning/innstilling

Mine funn gjennom dette analysearbeidet er sammenfattet nedenfor i kulepunkt. Etter å ha formulert kulepunktene har jeg på nytt arbeidet meg gjennom analysedataet, men motsatt vei. Det vil si at jeg først har gått gjennom alle stikkord og sjekket at de er representert i kulepunktene. Deretter har jeg kontrollert at ingen hovedtemaer er utelatt i kulepunktene, for så å gjøre tilsvarende øvelse med de meningsbærende enhetene, en for en. Etter hvert som jeg sjekket kulepunktene opp mot stikkord, hovedtema og meningsbærende enheter, ble de omformulert og flyttet på flere ganger. Gjennom denne prosessen var målet å forenkle og sammenfatte hovedbudskapet fra legenes uttalelser til punkt som kan drøftes i lys av aktuell teori.

4.3 Resultater

Kulepunktene nedenfor er en sammenfatning av min analyse av legenes svar på mine forskningsspørsmål. Kulepunktene er min sammenfatning og reformulering av legenes ord. Her er noen eksempler:

Det første kulepunktet under spørsmål 1, har legene besvart med ulike ord som: veldig ofte, nesten alltid, svært mange ganger, ikke rent sjelden eller nesten hele tiden. Min sammenfatning av dette er formulert slik: *I svært stor grad.*

Det femte kulepunktet under spørsmål 3 har jeg formulert slik: *Å være livsfilosof er ikke en primæroppgave for andrelinjetjenesten, men må ligge i førstelinjen, ikke bare hos leger, men hos alle helsearbeidere, sosialarbeider og de religiøse institusjonene.* Legene uttalte seg på dette temaet flere ganger, og her er noen av utsagnene:

Lege nr. 8: Og det betyr at dette tøvnet om at det er psykologer som skal ta seg av livsproblemene til folk, det er et villspor uten like. Det kan godt være psykologene liker dette, for det er fagforeningsmessig helt på topp, men når legene hiver seg på det samme og sier at det vi mangler er psykologer, så er det helt feil. Det vi mangler er diakoner, prester, sykepleiere, helsesøster, psykiatriske sykepleiere og ikke minst lærere som ser elevene utover selve det pedagogiske. Alt dette er et korps av livsfilosofer hvis de er flinke nok.

Lege nr. 2: Så er det dette som vi har vært inne på til slutt, det er hvem er det som skal gjøre dette da, er det psykologene, er det en rekke med gode instanser utenfor, blant annet det som du er opptatt av? Helt til slutt da, så mener jeg at psykologiproblematikken er en bakevje som tv, radio, fagforeningene, psykologene selv kjører knallhardt, og vi kan havne i grøfta om vi ikke får slutt på det.

Lege nr. 8: Ja det er det jeg tok med, jeg tror det blir gjort alt for lite, fordi i dag snakker vi om, ja det dummeste jeg hører er når allslags skriver om psykologer, det er for lite psykologer, men de er helt hjelpeløse i dette, psykologene. Vi har ikke nok fastleger som kan jobbe som livsfilosofer i dette.

Min oppsummering og reformulering på dette punktet skal gjenspeile hovedbudskapet til legene og ikke alle detaljene. Uttalelsene ovenfor kunne avledet en rekke nye spørsmål til drøfting, men min oppgave er å hente ut det som er av relevans for mine forskningsspørsmål. Teksten nedenfor er en strukturert sammenfatning og oppsummering av de meningsbærende enhetene fra fokusgruppeintervjuet.

1. I hvilken **grad** og på hvilken **måte** berøres åndelige og eksistensielle spørsmål i pasientbehandlingen?

- I svært stor grad. Nesten all sykdom og lidelse pasienter opplever som alvorlig, reiser spørsmål som; hvorfor måtte dette ramme meg/oss, hva nå, hva vil skje fremover, hva er meningen.
- Det åndelige og eksistensielle språk er svært mangfoldig. Noen ganger tydelig og bevisst hos pasienten, andre ganger bakenforliggende, skjult og vanskelig å oppdage.
- I møte med sykdom, lidelse og død, er de fleste engstelige og redde. Noen har frykt for et liv med sykdom og smerte, andre har angst for døden.
- Åndelige og eksistensielle spørsmål kommer samtidig med alle andre spørsmål.
- Åndelige og eksistensielle spørsmål kommer sjelden som en egen bestilling fra pasienten.
- De åndelige og eksistensielle problemstillingene er infiltrerte i pasientens livsfortellinger/narrativer.
- Når åndelige og eksistensielle problemstillinger berøres, er det uttrykk for pasienters behov for forklaring eller mening og ofte en søken etter håp og lengsel etter holdepunkter.
- Gjennom pasientenes usensurerte og tillitsbaserte livsfortellinger befestes deres behov for å bli sett, hørt og anerkjent som hele mennesker der de åndelige og eksistensielle elementene er innlemmet i helheten.

2. I hvilken grad og på hvilken måte opplever dere at spørsmål av åndelig og eksistensiell karakter kan ha betydning for en pasients **sykdomsbilde** og **tilfriskning**?

- I mange tilfeller kan frykten for å leve med sykdom og smerte være ødeleggende og problemskapende for videre liv, rehabilitering og funksjon. Å ikke ta dette på alvor er dårlig pasientbehandling.
- Bevisst og målrettet søkelys på åndelige og eksistensielle tema er en viktig ressurs i pasientbehandlingen og kan ofte være mer effektivt enn medikamenter og tradisjonell konservativ behandling.

- De åndelige og eksistensielle samtaler innebærer mulighet for vekst, mestring og mening, og er særdeles effektive i pasientbehandlingen.
- Den åndelige dimensjonen kan gi en dobbel effekt, både den alminnelige menneskelige vekst, mestring og mening og den åndelige vekst, mestring og mening. Dette er veldig kraftfullt, ofte positivt men noen ganger også destruktivt for pasienten.
- I forbindelse med selvmordsfare må legen gå inn i spørsmål av åndelig og eksistensiell karakter og legge til rette for at pasienten kan få snakke om sin frykt for livet.
- Å unnlate å gå inn i de åndelige og eksistensielle problemstillingene kan føre til lenger rehabilitering for pasienten, og noen ganger destruktiv utvikling og eventuelt selvmord. Det er uansvarlig å ikke ta dette med som en viktig og sentral del av den helhetlige pasientbehandlingen.

3. I hvilken grad og på hvilken måte vurderer dere oppfølging av åndelige og eksistensielle spørsmål som et av deres **oppgave- og ansvarsområder**?

- Samtaler om åndelige og eksistensielle spørsmål som har betydning for pasienters liv og helse, må være en viktig og sentral del av alle legers pasientbehandling.
- Oppgaven bør vektlegges i langt større grad i opplæringen og veiledningen av turnuskandidater.
- Den tradisjonelle forståelsen av legenes oppgave- og ansvarsområder, forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering, bør utvides med et femte oppgave og ansvarsområde; det åndelige og eksistensielle.
- Alle faggrupper i førstelinjen som møter enkeltmennesker som strever med noe av både helsemessig, sosial og religiøs karakter, bør være opptatt av- og ha søkelys på det åndelige og eksistensielle aspekt både i opplæring, praksis og veiledning. Dette gjelder ikke bare leger.
- Å være livsfilosof er ikke en primæroppgave for andrelinjetjenesten, men må ligge i førstelinjen, ikke bare hos leger, men hos alle helsearbeidere, sosialarbeider og de

religiøse institusjonene. Psykologers oppfølging av det åndelige og eksistensielle er først aktuelt når pasienter utvikler destruktiv og sykdomsforsterkende adferd.

- Som livsfilosof skal leger og andre være medvandrere som bidrar til at pasienten selv finner mening, håp og holdepunkt som ankerfeste i eget liv.
- Å være livsfilosof må bygge på både den samfunnsmessige, politiske og faglige anerkjennelse av rollen og oppgaven, samt teoretiske og metodiske forutsetninger for arbeidet.

4. Hva er de største **utfordringene** i møte med pasienters åndelige og eksistensielle problemer?

- Mangel på tid i en presset arbeidshverdag med mange pasienter og mange formalkrav, gjør det vanskelig å finne tilstrekkelig ro til å gå inn i problemstillingene.
- Manglende politisk og faglig aksept for at åndelige og eksistensielle problemstillinger hører med til den helhetlige pasientbehandlingen.
- Manglende faglig fokus i opplæringen og lite bevissthet i veiledningen, spesielt i turnus-tiden.
- Rådende kultur på det aktuelle legekantoret eller mellom de leger som arbeider sammen.
- Strukturelle hinder, for eksempel at pasienter forholder seg til mange instanser og leger med ulike kommunikasjonsplattformer, noe som kompliserer pasientdialogen.
- Manglende bevissthet og trygghet på det faglige og profesjonelle vs. det personlige hos legen. Det vi si egen tro og overbevisning vs. legens rolle, oppgave og ansvarsområde.
- Pasientens utrygghet på legen, og usikkerhet på muligheten for å ta dette opp.
- Pasienten tar sjelden direkte initiativ selv, men de fleste er åpne for og ønsker å snakke om sine bekymringer når legen åpner opp for det. Legen må ofte være døråpner.
- Den påkjenningen det er for legen å gå inn i det åndelige og eksistensielle og stå i det over tid med pasienten. Dette kan føre til lettvinne henvisninger til andre instanser og feil henvisninger til andrelinjen.

- De grunnleggende samtaleferdighetene om åndelige og eksistensielle tema hos legen og andre som møter enkeltmennesker har ikke fått nok oppmerksomhet i opplæring og veiledning.

5. Kan religiøse trossamfunn generelt, og Den norske kirke spesielt være en **ressurs** i pasientbehandlingen – i tilfelle hvordan?

- Disse er en ressurs gjennom allerede etablerte tiltak, strukturer og samarbeid, spesielt på institusjoner og i forbindelse med død, sorggrupper og traumegrupper.
- Det er ikke ønskelig med formaliserte henvisningsrutiner mellom helsetjenester og de religiøse institusjonene, men heller å utvikle nye og gode samarbeidsrutiner.
- Formaliserte henvisningsrutiner er byråkratiske og lite hensiktsmessige til dette formål.
- Viljen og evnen til å utvikle samarbeid mellom helsetjenesten og trossamfunn bør utfordres.
- Det må klargjøres både politisk og faglig hvordan trossamfunn generelt og Den norske kirke spesielt kan være en ressurs i pasientbehandlingen, og dette må ligge til grunn både for en holdningsendring, fremtidig forskning, teoretisering og ny praksis.
- Alle faggrupper som utfordres som livsfilosofier i møte med enkeltmennesker må være bevisste på- og kjenne til sine egne begrensninger, like mye som å kjenne til og kunne peke på andre ressurser som bedre kan hjelpe den aktuelle personen.

6. Vil dere dele andre erfaringer eller tilføye andre tanker omkring problemstillingen?

- Det er for tiden større politisk aksept for at åndelige og eksistensielle samtaler hører med i pasientbehandlingen.
- Det er også større faglig aksept og anerkjennelse for at samtaler om åndelige og eksistensielle spørsmål må være en integrert del av en helhetlig pasientbehandling.
- Det er tidsriktig å utvikle og styrke samarbeidet mellom helsetjenesten og de religiøse institusjonene generelt og kirken spesielt.

- I et religiøst mangfoldig samfunn er både betydningen av åndelighet og spiritualitet variert, men også de åndelige og eksistensielle uttrykksformer, noe alle må være bevisst på i møte med pasienter fra ulike kulturer og trossamfunn.

Gjennom analysefasen har jeg reformulert og spisset punktene ovenfor flere ganger.

Deretter gikk jeg tilbake til den transkriberte teksten en siste gang for å sjekke om noen av mine formuleringer kunne misforstås eller være direkte feil i forhold til respondentenes utsagn.

Under forskningsspørsmål 6, første kulepunkt, ble det flere ganger snakket om tidsaspektet før, nå og fremover. Det ble likevel ikke presisert om før var for 10 år siden eller 100 år siden, eller om nå er i 2020, eller de siste 10 til 20 årene. Min formulering ble derfor slik: *Det er for tiden...* Med tanke på formålet med denne oppgaven, vurderer jeg at en mer presis tidsangivelse ikke er viktig. Under samme spørsmål, kulepunkt 3, ble det snakket om nå og fremover, mens min formulering ble denne: *Det er tidsriktig...* Denne tidsangivelsen mener jeg også er underordnet selve budskapet i dette punktet.

Kulepunktene ovenfor er å forstå som en kondensering av de meningsbærende enhetene. Å kondensere er å presentere hovedinnholdet i materialet gjennom noen hovedkategorier (Anker, 2020, s. 74). I denne oppgaven har jeg valgt å la forskningsspørsmålene utgjøre kategoriene som hovedbudskapet presenteres under. Hovedbudskapet er her presentert i form av en punktvis sammenstilling som grunnlag for den påfølgende drøftingen.

5 Drøfting og konklusjoner

Gjennom arbeidet med analysen oppdaget jeg mer og mer at et eksplorerende design på denne oppgaven kunne være en mulighet. På den ene siden ser jeg at mye av det legene forteller er selvfølgeligheter for legene, men samtidig ser jeg spor av funn som kan være interessante for diakonien. Med eksplorerende design er hensikten nettopp å oppdage noe som kan kaste nytt lys eller bidra med ny oppmerksomhet på et fenomen. Når jeg startet arbeidet med denne oppgaven hadde jeg som arbeidstittel; «*De åndelige og eksistensielle samtale på legekantoret*». Gjennom drøftingen nedenfor beveget jeg meg fra å fokusere på legene, via pasientene til diakonene. Det fikk også betydning for tittelen på oppgaven og for resultater og konklusjoner. Nedenfor skal jeg vise veien jeg har gått.

5.1 Struktur for drøftingen

I dette kapitlet går jeg tilbake til forskningsspørsmålene og studerer kulepunktene i lys av teoriene jeg har valgt, med vekt på diakonivitenskap. I tabellen nedenfor illustreres hvordan jeg har brukt teori i analyse og drøfting. I tabellen tar jeg av plasshensyn bare med forskningsspørsmål 1, men tilsvarende struktur er benyttet for gjennomgang av alle spørsmålene og kulepunktene.

Tabell 6: Struktur for arbeid med analyse og drøfting

Forsknings- spørsmål:	Sammendrag av analyse – Kulepunktene:	Drøfting:		
		Diakoni:	Psykiatri (Frankl):	Sosiologi (Antonovs ky):
<p>1. I hvilken <i>grad</i> og på hvilken <i>måte</i> berøres åndelige og eksistensielle spørsmål i pasientbehandlingen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • I svært stor grad. Nesten all sykdom og lidelse pasienter opplever som alvorlig, reiser spørsmål som; hvorfor måtte dette ramme meg/oss, hva nå, hva vil skje fremover, hva er meningen. • Det åndelige og eksistensielle språk er svært mangfoldig. Noen ganger tydelig og bevisst hos pasienten, andre ganger bakenforliggende, skjult og vanskelig å oppdage. • I møte med sykdom, lidelse og død, er de fleste engstelige og redde. Noen har frykt for et liv med sykdom og smerte, andre har angst for døden. • Åndelige og eksistensielle spørsmål kommer samtidig med alle andre spørsmål. • Åndelige og eksistensielle spørsmål kommer sjelden som 			

en egen «bestilling» fra pasienten.

- De åndelige og eksistensielle problemstillingene er infiltrerte i pasientens livsfortellinger/narrativer.
- Når åndelige og eksistensielle problemstillinger berøres, er det uttrykk for pasienters behov for forklaring eller mening og ofte en søken etter håp og lengsel etter holdepunkter.
- Gjennom pasientenes usensurerte og tillitsbaserte livsfortellinger befestes deres behov for å bli sett, hørt og anerkjent som hele mennesker der de åndelige og eksistensielle elementene er innlemmet i helheten.

Med utgangspunkt i diakonivitenskapelig teori, vil jeg nedenfor gjøre noen refleksjoner rundt hvert av mine forskningsspørsmål basert på kulepunktene fra min analyse.

5.2 Forskningsspørsmål 1:

5.2.1 I hvilken *grad* og på hvilken *måte* berøres åndelige og eksistensielle spørsmål i pasientbehandlingen?

Legene i denne undersøkelsen oppgir at åndelige og eksistensielle samtaler er svært vanlig, svært viktig og svært effektive i pasientbehandlingen.

Legene forteller at de eksistensielle spørsmålene handler både om *hvorfor* leve og *hvordan* leve.

I all lidelse er det eksistens. Lege nr. 9.

Nesten all alvorlig sykdom og lidelse utløser spørsmål av åndelig og eksistensiell karakter hos pasientene, sier legene. Det gjør at legene ofte går inn i rollen som pasienters livsfilosof, med den begrensning som en konsultasjon på 20 minutter utgjør. Når legen samtidig skal undersøke, diagnostisere og behandle, blir mulighetene for å gi god oppfølging av pasientens *hvorfor* og *hvordan* svært begrenset. I en leges arbeidspress og lange arbeidsdager ender det noen ganger med henvisning til psykolog som en lettvent løsning:

Jeg vil si at hovedgrunnen til at jeg henviser til en psykolog er at jeg ikke har tid til å gjøre det selv. Det er klart at sånn alvorlig psykiatri er jo det som skal videre, tenker jeg, men sånne livsmestringsvansker og slike ting, det tror jeg at jeg kan snakke med dem like greit om, men jeg har ikke alltid tiden til det. Og det er jo vanskelig å si at nå må du gå for nå har vi brukt 20 minutt. Så det passer ikke helt med avtaler at det er ikke tid til dobbeltimer for å gå inn i det du trenger, og slike ting. Lege nr. 6.

Legenes erfaringer i møte med mennesker med ulik bakgrunn er at det åndelige og eksistensielle språket er mangfoldig. Dette utfordrer legenes kunnskaper og ferdigheter til å lytte og oppdage pasientenes behov. Å snakke med mennesker om deres frykt for livet eller angst for døden er noe av det dypeste og innerste i et menneskes liv som gjennom språket

kan løftes frem i en tillitsbasert relasjon. Legene er gjennom sin rolle i en privilegert situasjon der de ofte er lege for sine pasienter gjennom flere år. Når livet røyner på, er det derfor lagt et grunnlag for den tillitsbaserte samtalen.

De åndelige og eksistensielle spørsmålene er infiltrert i menneskers livsfortellinger og kommer ikke frem som egne bestillinger fra pasient til lege.

Når jeg tenker tilbake på dette temaet så er det egentlig ganske sjeldent at pasienten selv har tatt opp dette som et tema. Lege nr. 1

Den observante legen ser og oppdager menneskers lengsel etter holdepunkter og behov for håp for fremtiden, og kan gjennom språket klare å åpne opp og anerkjenne dette i et trygt rom basert på tillit, og slik bli en viktig støttespiller for sine pasienter.

En av legene fortalte at hun gjennom sin praksis hadde blitt tryggere på seg selv, og at det dermed var lettere å både få tillit hos pasientene og åpne opp for krevende samtaler om åndelige og eksistensielle spørsmål. Hun sammenligner med pasienter som kommer til legen med kroniske smerter:

Jeg tenker på når vi står i en slik situasjon må vi være trygge på hvor vi selv er, og hvilke holdninger vi selv har til livet og til mennesket og til sykdom. Jeg synes det er det samme med pasienter som kommer med kronisk sykdom, kronisk smerte og det ikke finnes noe behandling. Og da synes jeg at det å bare være med i den smerten uten å tenke at dette er noe som kan fikses. Vi kan ikke gi noe mer medisin, har prøvd alt og vi må hjelpe til med å leve med de forutsetninger de har. Jeg tenker det i forhold til åndelige og eksistensielle spørsmål handler om det å være med pasienten i det vanskelige, i de utfordringene, uten å ha en løsning. Det må vi være trygge på, hvert fall kjenner jeg på det å kunne være trygg i den situasjonen uten å ha løsning. Da er det rom for at helbredelsen begynner. Lege nr. 3.

Tillitsbaserte trygge rom er en viktig og avgjørende faktor for at mennesker skal dele sine livsfortellinger og åpne opp for åndelige og eksistensielle samtaler, og legekantoret kan være et slikt rom i kraft av sin historie og sin rolle i velferdssamfunnet. Trygge, bevisste og kvalifiserte leger kan være døråpnere som hjelper pasienter til å usensurert gi uttrykk for sine lengsler og behov med det språket hver enkelt har for å dele sine livshistorier:

[---] enig i det du sier om at pasienter ikke går rundt og tenker: Er dette et eksistensielt problem, er det åndelig problem. De har sine problemer sånn som de har dem, og hvis de har tillit til den doktoren de kommer til, så kommer de med sine problemer nokså usensurert. Så jeg opplever at de kommer stadig med problemer som jeg ville forstått som eksistensielle problemer. Jeg opplever for eksempel, og midt oppi alt det andre, det er ikke slik at nå tar vi fem minutt med eksistensielle problemer, så tar vi fem minutt med blodtrykk. Det kommer midt oppi alt det andre.
Lege nr. 2.

5.2.2 Diakonalt blikk på spørsmål 1:

Kirken mener å ha et helseoppdrag, spesielt gjennom diakonien som kirkens omsorgstjeneste. Å møte menneskers åndelige og eksistensielle lengsler og behov er en viktig del av diakoniens oppgave, og uttrykkes blant annet gjennom diakoniens første bærebjelke, nestekjærlighet (Kirkemøtet, 2008).

Kirken og diakonien kan merke seg at legene rapporterer at problemstillinger av åndelig og eksistensiell karakter er en svært vanlig og svært viktig del av pasientbehandlingen. På legekantoret etableres en lege-pasientrelasjon som åpner for slike samtaler. Dette er et resultat av en historisk og kulturell utvikling, og hviler på en forventning og tillit til legens rolle og forutsetninger for å møte pasienter på dette området.

Ifølge legene kommer folk flest til legen med sine livsproblemer. Legene forteller om begrenset kapasitet og mulighet for åndelig og eksistensiell oppfølging av sine pasienter, og at de noen ganger henviser til psykolog. Samtidig sier de at åndelig og eksistensiell

oppfølging ikke må være en spesialisttjeneste som forutsetter henvisninger og rapporteringer.

Hvem kommer til diakonen og hvor er diakonen? Kan det ligge nye muligheter for kirken og diakonien i dette fremover?

Når legene møter sine pasienter over tid, åpnes et rom for pasientenes livsfortellinger, og i dette rommet deles de åndelige og eksistensielle tankene og spørsmålene. Legene får stå sammen med pasientene i fysisk smerte, sosial nød og åndelig og eksistensiell lengsel. Hvis legene har rett i at det finnes større behov for åndelig og eksistensiell oppfølging enn legene kan tilby, og at oppgaven ikke må legges til andrelinjetjenesten, blir det naturlig å spørre om kirken kan bygge nye rom, diakonale tillitsbaserte rom for slik oppfølging. En forutsetning må da være skape en diakon-pasientrelasjon som døråpner til det åndelige og eksistensielle rommet. Kanskje er ikke pasientbegrepet egnet i en slik relasjon, men den diskusjonen tar jeg ikke opp her.

5.3 Forskningsspørsmål 2:

5.3.1 I hvilken grad og på hvilken måte opplever dere at spørsmål av åndelig og eksistensiell karakter kan ha betydning for en pasients *sykdomsbilde* og *tilfriskning*?

Legene i min undersøkelse sier at åndelige og eksistensielle samtaler ikke bare er vanlige og viktige, men også at de er svært nyttige. Samtalene er en viktig ressurs i pasientbehandlingen som kan hindre en uheldig og destruktiv sykdomsutvikling og bidra til raskere rehabilitering. Samtalene kan også forebygge selvmord, mener legene.

I de åndelige og eksistensielle samtalene ligger det et potensiale for vekst, mestring og mening. Dette alene er god grunn til å ta seg tid til samtalene, sier mine leger. For mennesker som har en gudstro, innebærer dette ofte en dobbel effekt. Da finnes det i tillegg til den allmenne menneskelige effekten en åndelig effekt med mulighet for vekst, mestring og mening:

Og tilbake til mitt hovedpoeng, det er ikke bare det at vi skal kunne samtale med folk om det, men det er en kraft i dette, og det å utnytte den kraften, fordi det finnes ingen større kraft. Det jeg tror på, er at vi har utviklet oss i disse hundretusen av år, så er det dem som har hatt en mening som overlever, en eller annen form for mening, for mening gir salutogenese, det gir plasebo, det gir dopaminfrigjøring i hjernen og det gir motivasjon til å stå på. [...] Uansett så kommer vi dit at dette gir kraft, [...] og hvis en er troende at det er en dobbel kraft, for det første er det en verdslig kraft, og så er det en åndelig kraft på toppen, så da blir det voldsomt kraftfullt. Lege nr. 8.

Erfaringene til mine respondenter er at legers bevissthet om betydningen av de åndelige og eksistensielle samtalene, og i hvilken grad det blir arbeidet målrettet og strukturert med tematikken, kan variere. I det medisinske arbeidet er legenes virksomhet strukturert. Forebyggende arbeid, diagnostisering, medisinsk behandling og rehabilitering er klart definert i legetjenesten, mens denne oppgaven og utfordringen i langt mindre grad har fått tilstrekkelig fokus:

I mitt virke som lege har jeg den innstillingen at jeg har lyst å bli kjent med folk fra krybbe til grav. Jeg må møte dem der og ja, eldre folk kan ha mye mer livserfaring enn meg, og jeg bruker å si til dem at medisin i seg selv er ganske lett, og sykdommer lar seg finne, den type sykdom som vi har beskrevet i bøkene våre, og den er rimelig lett å finne. Men det er alle de forskjellige tilstandene som vi ikke kan finne en biokjemisk forklaring på, en biologisk forklaring. Da blir det lettere å lete etter hvor i historikken dette oppsto. Lege nr. 5.

I noen tilfeller kan pasienters religiøsitet blir problematisk for dem, og kanskje også selve problemet. Å ikke gå inn i temaet er derfor uansvarlig ifølge legene, og understreker den positive ressursen religiøsitet kan være, men også den destruktive og ødeleggende muligheten religion kan spille i menneskers liv. Å gå inn i samtalene er derfor viktig for å bruke den mulige kraften som ligger i samtalene både til å fremme helsegevinst og for å

hindre sykdomsforsterkende effekter. Ordvekslingen nedenfor kan illustrere kompleksiteten i dette:

Lege nr. 8: *Det er to ting i dette. Det ene er å finne frem i dette som jeg har kalt for narrativet, altså du finner trøst i et liv etter døden. Det kaller jeg for et spirituelt narrativ, i denne sammenheng. Og der kommer neste poeng, og der er de ikke sikkert at alle er enige med meg, for da vil jeg understøtte deg og si «for deg er det bra, de er bra for deg, det er gode greier.» For jeg vet det har salutogenetisk kraft, og da ser jeg det fra den verdslige siden, doktor-siden, ikke fra prestesiden. Da sier jeg «flott, du tror på et liv etter døden, hold fast på det for det er veldig viktig for deg nå og fremover». Det lurere jeg på om alle er enig i, for jeg gjør alltid det. Jeg befester narrativene for de er salutogenetiske. Så kan de også på toppen være åndelige, men det kan jeg ikke si noe om.*

Lege nr. 3: *Kan jeg spørre om du mener det er uavhengig av deres livssyn.*

Lege nr. 8: *Ja de må jo være opptatt av det hvis det er noe som betyr noe for dem.*

Lege nr. 3: *Ja, men for eksempel for de som det er veldig viktig for dette med reinkarnasjonen og de er veldig redd for hva de skal bli i neste liv, tenker du at vi skal underbygge deres livssyn uavhengig av hva det er?*

Lege nr. 8: *Nei, det må være noe som styrker dem. Det er klart at dette er ikke enkelt, og det er ikke enkelt å diagnostisere heller, og de er ikke enkelt å tåle lukten av en død kropp heller, så egentlig har vi en del utfordringer i vårt yrke, men mitt hovedpoeng er at dersom jeg tror dette styrker deg i din kamp mot å leve videre, eller for å leve videre, så understøtter jeg det. Men ikke hvis det er destruktivt.*

Lege nr. 3: *Det er ikke alltid vi vet. Ja ja, vi må kanskje kartlegge dette litt mer da, er dette noe som gir deg noe.*

5.3.2 Diakonalt blikk på spørsmål 2:

I helse- og sosialfaglige yrker er samtalen et viktig verktøy. Slik er det også for legene. En av legene sa det slik:

Når vi har snakket om dette, har nok noen av pasientene oppfattet meg nesten som en slags prestevikar. Lege nr. 9.

Behandling og oppfølging av pasienter gjennom samtaler kan være et effektivt og godt redskap til å hjelpe mennesker gjennom vanskelige perioder i livet. I noen tilfeller kan samtaler også være forebyggende på en negativ og uheldig utvikling.

Det åndelige og eksistensielle perspektivet og innholdet i samtaler er avgjørende for å skape vekst, mestring og mening, ifølge legene. De er opptatt av at det er pasientene som skal lete og finne det som gir dem nytt mot og ny kraft i livet, og ikke noe legene skal ha en løsning på. Dette bryter med tradisjonell medisinsk tenkning der legen først skal undersøke, diagnostisere og deretter finne en løsning på problemet. Legene må derfor bruke samtaler annerledes i den åndelige og eksistensielle oppfølgingen enn i den medisinske behandlingen.

De diakonale samtaler er ikke styrt av et medisinsk oppdrag, og forhåpentligvis ikke begrenset til 20 minutter med påfølgende journalføring. De er heller ikke forstyrret av et misjonerende oppdrag for å lede mennesker til en religiøs praksis eller et religiøst fellesskap. De diakonale samtaler er fremfor alt støttesamtaler og nestekjærlighet i praksis.

Dersom legenes erfaringer stemmer for flere enn disse ni som her er intervjuet, at de åndelige og eksistensielle samtaler kan være et svært effektivt behandlingsmiddel som bidrar både til å forebygge uheldig sykdomsutvikling og til å forsterke pasienters rehabilitering, bør den diakonale samtalen og det diakonale omsorgsopdraget passe godt inn i denne sammenheng. Legene i min undersøkelse viser til gode eksempler på hvordan kirken og diakonien er en ressurs for eksempel gjennom sorggrupper:

Ja jeg synes du Moderator stilte et godt spørsmål om kirka kan være en ressurs, og mitt svar er: Ja selvsagt. Både har de vært, er og vil alltid bli en sentral institusjon og ressurs. Og slik som du lege nr. 8 var inne på, så er det ikke helsa som er problemet, men det er livet som er problemet. [...] Men selvfølgelig er det kirka som driver sorggruppene og det er det glimrende at de gjør, og de skal gjøre det uten å måtte be helsevesenet om lov til å gjøre det. Lege nr. 2

I samfunnet generelt og blant legene, anerkjennes kirkens arbeid med palliativ omsorg og oppfølging rundt dødsfall og begravelser. Mitt spørsmål er snarere om diakonien i større grad kan tiltre oppfølgingen tidligere og være en ressurs i livet, ikke bare i møte med døden.

5.4 Forskningsspørsmål 3:

5.4.1 I hvilken grad og på hvilken måte vurderer dere oppfølging av åndelige og eksistensielle spørsmål som et av deres oppgave- og ansvarsområder?

For legene krever det å gå inn i de åndelige og eksistensielle temaer først og fremst at de ser betydningen og verdien av det, er villige til det, finner tid og rom til det, og at de har grunnleggende forutsetninger for å gjøre en god jobb. De tror samtidig at det varierer mye fra lege til lege og mellom legekontor i hvilken grad dette arbeidet blir prioritert:

På studentundervisning på universitetet i [...] by, og da driver vi rollespill. Uten unntak, omtrent, så begynner studentene å nøle og bli fryktelig usikker så snart det nærmer seg ett eller annet som har et snev av eksistensiell problematikk eller av åndelig problematikk. Til og med når pasientene spør om å få noe for å sove, eller de klager for de sier de sover så dårlig, så himler de med øynene og blir usikre. Skal jeg gå inn i det? Så sier de at vi må henvise til psykolog. Så tenker jeg og undrer over hvorfor de uten unntak blir så nølende. De kaster seg inn på alle medisinske spørsmål, men på sånne ting så blir de veldig nølende. Jeg tenker at grunnen til det er at i medisinen så har vi ganske sånn standard på hva vi skal kunne, hva vi skal spørre om,

hva vi skal svare på og vi har «alltid» svaret. Vi kommer alltid med svaret. Vi er flinke, ikke sant, vi konkurrerer om å være flinke på å gi de rette svarene. Men på disse områdene så er det en helt annen evne som blir satt på prøve, og det er nettopp å høre på folk, leve seg inn i hvordan folk har det og klare på en måte å respondere på det. Å være trygg på seg selv slik at vi kan snakke med folk på en anstendig måte, og der er de veldig usikre og de lurer veldig på om dette er en del av vårt fag, en del av vår jobb? Er vi på en måte på feil grunn, er det feil av oss å diskutere åndelige spørsmål? Det er det nok mange som lurer på. Er det rett og slett ufaglig å gjøre det, uprofesjonelt å gjøre det? Slike spørsmål tror jeg mange av studentene spør seg selv. Det er fordi vi har gått inn i et fag som er veldig standardisert. Vi leser tykke legebøker om fra det ene til det andre og om hvordan vi skal snakke med folk og alt mulig. Vi har et standardisert fag og blir fort usikre hvis vi er inne på ett eller annet som ikke matcher denne standarden. Og det er litt av problemet. Lege nr. 2.

Det har i det sekulariserte og pluralistiske samfunnet vært lite faglig og politisk aksept for det åndelige i profesjonell praksis. Mine respondenter mener dette har snudd de siste tiårene og at det nå ikke bare er en faglig og politisk aksept for samtalen, men også en positiv støtte til at samtalen hører med i legenes pasientoppfølging. Samtidig opplever de både motstand og utfordringer på dette området. En av legene forteller fra veiledningen som turnuskandidat, når åndelige og eksistensielle spørsmål ble drøftet, at det ikke hørte med i pasientoppfølgingen:

Jeg er under veiledning og har en veileder som jeg vet ikke har det samme verdensbildet som jeg har, og så skal jo jeg være...en formes jo hele tiden som lege og sånt, [...] og jeg får høre at jeg ikke skal fungere som støttekontakt for folk for det kan en bruke andre instanser til, men samtidig så har jeg bestemt meg for det å gi folk god tid for å lette av alt det de måtte bekymre seg for slik at jeg får høre det, og det rommer jo ikke bare smerten her og symptomene her, og ja da velger jeg faktisk å være litt som støttekontakt i en periode og så vil det kunne avta og hvis en ikke kommer frem til noe. Lege nr. 5.

Mine respondenter var klare på at dette arbeidet bør inkluderes, formaliseres og utvikles både i opplæring og i praksisen for allmennlegene:

Jeg har sett opp for meg selv at det vi driver med på et legekantor er et forebyggende arbeid, et diagnostisk aspekt, og så er det et behandlingsaspekt og et rehabiliteringsaspekt, bare for å ta alle fire med. Men det bør også være et meningskatalyse-aspekt, altså med andre ord et eksistensielt aspekt. Lege nr. 8.

Legene mener arbeid med det åndelige og eksistensielle i større grad må inkluderes i studier både for leger og andre helse og sosialfaglige profesjoner og at det må utvikles en profesjonell praksis for dette. En forutsetning vil være politisk og faglig anerkjennelse av både den menneskelige betydningen og den samfunnsøkonomiske gevinsten som ligger i dette arbeidet.

5.4.2 Diakonalt blikk på spørsmål 3:

Å være livsfilosof kan sees på som en rolle, oppgave og ansvarsområde for alle som møter mennesker i krevende og vanskelige livssituasjoner, ikke bare for legene. Utvikling av en profesjonell praksis bør inngå i studieprogrammet til alle aktuelle faggrupper, også for diakonen. Legene mener denne oppgaven ikke må ligge i andrelinjetjenesten og utvikles som en spesialisttjeneste:

Ja det er dette med henvisning, at en henvisning ikke må bli en avvisning. Vi har vært inne på at det er livet som er vanskelig, og hvis jeg som doktor ikke kan akseptere at livet er vanskelig, [...] blir det noe skjevt i mitt hode. Men jeg kan godt si og være åpen på at jeg vet ikke om jeg kan klare å hjelpe deg lenger [...] uten å avvise ved å si at dette er så vanskelig at dette trenger vi en spesialist til. Lege nr. 1.

Henvisninger til spesialister betyr formalisering og ventetid, og i tillegg kan det signalisere at pasienten er et alvorlig og krevende tilfelle slik at det trengs spesialister for å kunne avhjelpe situasjonen. Ifølge mine leger er dette sjelden nødvendig. Mye kan gjøres med kompetente og villige helse- og sosialarbeidere mener de, og inkluderer også diakonen i dette arbeidet.

Å bygge nye diakonale rom for oppfølging av åndelige og eksistensielle utfordringer i menneskers liv, med kvalifiserte og kompetente diakoner, bør være interessant å se nærmere på for kirken. I de to neste punktene skal jeg se nærmere på det.

5.5 Forskningsspørsmål 4:

5.5.1 Hva er de største utfordringene i møte med pasienters åndelige og eksistensielle problemer?

Mine respondenter mener at manglende politisk og faglig aksept for dette arbeidet er det største formelle hinderet for god pasientbehandling når det gjelder åndelige og eksistensielle problemstillinger. Tidspress er den viktigste strukturelle begrensningen, mens legenes forutsetninger også kan være en flaskehals:

Det finnes mye hjelpeløshet i disse samtalene, du finner ikke ordene eller språket for dette. Lege nr. 9.

Både politikere, utdanningsinstitusjoner og forskningssentre bør se på dette arbeidet på nytt og med nye øyne, ikke minst i et sosialøkonomisk perspektiv, mener de.

Selv om legene har en rolle i samfunnet som kan åpne for åndelige og eksistensielle samtaler, har også samfunnets oppfatning av legenes knappe ressurser og store arbeidsbyrde en betydning. Legene forteller at pasienter ofte er avventende og usikre på om det er mulig og akseptabelt å ta opp temaer som ikke er direkte relatert til den medisinske bestillingen. Legene advarer mot at henvisninger kan oppleves som avvisning, men også at et rykte om legenes lange og travle dager kan føre til at pasientene i mindre grad deler sine

livsfortellinger for å skåne legen for den tiden det tar og den belastningen det kan være for legen.

Legene mener det må arbeides med kulturen på legesenteret og med tilliten til- og oppfatningen av at legen både ønsker å lytte til pasientenes livsfortellinger og at det er riktig, nyttig og godt å få dele sine historier i trygge rom som et legekontor:

Jeg synes at mange ganger er det ikke noe sterkt skille mellom eksistensielle spørsmål og andre ting, ville jeg si, for når pasienten har fått tillit og kjenner meg litt og vi har blitt kjent over tid, så kan det pendle fra stoffskifte til «jeg er redd for å dø», ja fra det ene til det andre på en mer naturlig måte. Så jeg synes at det er spesielt for de pasientene som jeg kjenner over tid og som er trygge som våger å si litt mer om dette, så er det ikke noen skarpe skiller, men en fin veksling mellom de praktiske medisinske konkrete ting, til død og angst og mye slikt forskjellig. Lege nr. 6.

Legene tok også opp spørsmålet om egen personlig tro. I profesjonell praksis mener legene at legenes eget religiøse ståsted og personlig tro kan være en utfordring. Det er derfor viktig at helse og sosialarbeidere i utdanning og veiledning arbeider med å definere hva profesjonell praksis er og øve opp kunnskaper og ferdigheter i sitt arbeid:

Da kommer vi over på det mer religiøse, og dette med å tro på at det er et liv etter døden og så videre sånn. [...] Ingvard Wilhelmsen som er ekspert på hypokonderi, eller dødsangst, han var jo dødssyk på et tidspunkt selv og er Norges beste foreleser på det som har med sånt å gjøre, og han sa jo mye om at livet er endelig. Selv om han har en tro eller en overbevisning, så snakker han jo aldri om at det er jo noe etterpå, og det tror jeg vi også skal passe oss veldig for å gå inn i den rollen. Enten det er dødsangst eller alt mulig, så å begynne med noe som går over i dette etterpå, kan være livsfarlig og jeg tror det blir feil at vi som leger skal gå inn i den rollen. Lege nr. 7.

Legens profesjonalitet kan fort bli legens rykte. Dette mener legene kan være en virkningsfull ressurs som bidrar til å bygge kultur og omdømme til hver enkelt lege, men også til legerollen:

Det som er mest interessant nå og som er sentralt som jeg har lyst å si noe om, er om du må være troende selv for å gi hjelp på dette, og det er vi jo inne på, og mitt svar er et helt klart nei. Veldig klart nei. Fordi når folk kommer til en fastlege som er ydmyk, som er reseptiv, vil høre historien og gjerne vil høre om eksistensielle problemer, så er de veldig takknemlige, [...] Men det aller viktigste med det å være reseptiv, det er ryktet ditt. Jeg bruker å si at ryktet er et verktøy. Du er nødt til å skape deg et rykte på bygda, i byen og med dine egne pasienter som gjør at det sprer seg, ikke for at du skal ha det bra selv, men fordi dette er complains, det er pasientene som bruker dette ryktet til å skape tillit, til å kunne komme med det de har lyst å komme med. Lege nr. 8.

I profesjonell praksis kan ikke hver enkelt leges personlige livsanskuelse være styrende eller avgjørende for om pasientene får god oppfølging på åndelige og eksistensielle problemstillinger. Hva som er god faglig pasientbehandling må avklares og utvikles, og det må i større grad inn i opplæringen og veiledningen i av helse og sosialarbeidere, mener legene:

Det er nok ikke bare det at de [legestudentene] er redde for å gå inn i det, men de har misforstått hva de skal gjøre. Og det er helt sentralt, og det er et paradigmeskifte på legekantoret fra å ha et svar, til å drive en samtale der vi skal hjelpe dem med svaret. Vi skal hjelpe dem til svaret på en slik måte at det vi mener er helt uinteressant. Det som er interessant er at de gjennom samtalen med deg som lege kan komme frem til et perspektiv som de kan leve med og bli motivert av og som styrker dem i en vanskelig situasjon. [...] Vanligvis driver vi aktivt og lur på hva en blodprøve betyr, men her er det spørsmålet om det stikk motsatte, det er et kontrapunkt så å si, og

hvis studenter og nye leger hadde skjønt det, at de må inn i en annen modus, så hadde de ikke medikalisert, de hadde skapt kraft hos pasienten, de hadde skapt mening hos pasienten, og de hadde gjort en mye bedre jobb. [...] Det er dette jeg mener, dette tullet med psykologer, for dette er så banalt i betydningen allmennmenneskelig. Lege nr. 8.

5.5.2 Diakonalt blikk på spørsmål 4:

I et eksempel tidligere i denne oppgaven har jeg vist manglende samsvar mellom helseoppdraget i samhandlingsreformen og kirkens helseoppdrag. Legene i denne undersøkelsen peker også på at de politiske og faglige hinder er viktige å sette søkelys på fremover:

Du spurte om det har skjedd en kulturell forandring når det gjelder dette med å snakke om dette nå. Mitt svar på det er at, ja, det har det skjedd. Det har skjedd en forandring for det har blitt mye lettere å snakke om slike ting også utenom legekontoret, enn bare for få år siden. Folk har også blitt mye mindre blyge når det gjelder å snakke for eksempel om personlig tro. I vår kultur så har folk holdt veldig inne med det, men det er det mye mer avslappet til og mye mer lett å snakke om. Det andre er at medisinene ikke minst, har forandret seg. [...] Medisinen har vært ganske så guds-fiendtlig, det har vært en slags kjepphest, for eksempel for Karl Evang som var den store gurun fra før krigen til 1972. Det var en kjepphest for han å krige mot alt som luktet av kristenmannsblod. Og det har vært en tradisjon i psykiatrien helt frem til noen tiår siden. Vi står i den tradisjonen også, at Gud er en vrangforestilling. Så blir alt som har med naturvitenskap hauset opp på en måte, til å bli et livssyn på en måte. Det har vært en demper for leger til å snakke om sånt i konsultasjonene. Lege nr. 2.

Dersom legene i min undersøkelse har rett, at åndelig og eksistensiell oppfølging er både vanlig, viktig og effektivt i behandlingen, bør både politisk og faglig miljø spørre seg om dette

er et trosspørsmål eller et faglig spørsmål. At legene erfarer at det nå er en større aksept for og mer vanlig å snakke om åndelige og eksistensielle problemstillinger, kan tyde på at tiden er inne for en politisk og faglig debatt og dertil ny praksis.

Min interesse for temaet strekker seg ut over legekantoret, og spesielt til det diakonale helseoppdraget, noe jeg skal se nærmere på i det neste punktet.

5.6 Forskningsspørsmål 5:

5.6.1 Kan religiøse trossamfunn generelt, og Den norske kirke spesielt være en *ressurs* i pasientbehandlingen – i tilfelle hvordan?

Det finnes allerede et etablert og godt samarbeid mellom helseforetakene og de religiøse trossamfunn, sier mine leger. Dette gjelder spesielt i institusjoner som sykehjem, rus-behandlingsinstitusjoner, distriktpsykiatriske sentre, fengsel og sykehus. Et samarbeid med de religiøse trossamfunn generelt og Den norske kirke spesielt er underutviklet ifølge mine respondenter. De mener likevel ikke at samarbeidet må utvikles gjennom formalisering og henvisning, men heller ved å utvikle en ny kultur og tradisjon:

Men det betyr ikke etter mitt syn, at vi som helsevesen skal ta på oss å samordne alt dette, eller organisere det eller at jeg skal få en reseptblokk med en henvisningslapp til presten. Det ønsker jeg ikke å få. Jeg vil holde meg til det som er min bransje, og det er jo de som har gått på en eller annen helseskole og har et helsesertifikat. Og jeg ønsker at det skal være slik. Men selvfølgelig er det kirka som driver sorggruppene og det er det glimrende at de gjør, og de skal gjøre det uten å måtte be helsevesenet om lov til å gjøre det. Lege nr. 2.

Dette må forankres politisk og faglig, sier legene. Gjennom forskning og studier bør det undersøkes om- og hvordan trossamfunn kan være en ressurs for mennesker som strever med problemstillinger av åndelig og eksistensiell karakter. Det vil kreve en holdningsendring

på den ene siden og en teoretisering på den andre, mener legene. Åndelig og eksistensiell oppfølging må bli et fagområde som innlemmes i lærebøkene, sier de.

5.6.2 Diakonalt blikk på spørsmål 5:

På mitt spørsmål om hvordan legene vurderer muligheten for samarbeid med religiøse institusjoner generelt og Den norske kirke spesielt, gir de et positivt svar, men er samtidig tydelige på at det ikke må skje gjennom et formalisert henvisningssystem slik at dette utvikles til å bli en spesialisttjeneste. Like lite som legene ønsker å henvise pasienter til psykologer, vil de unngå henvisningsrutiner til prest eller diakon. Samarbeidet må utvikles på andre måter, mener de.

Det diakonale rommet og det diakonale oppdraget bør ha gode forutsetninger til å utgjøre en ressurs for mennesker som strever med problemstillinger av åndelig og eksistensiell karakter. Å se, lytte, være nærværende, støtte, anerkjenne og gi mennesker håp for fremtiden, tro på seg selv og hjelp til å mestre livets utfordringer har vi sett kan være en viktig diakonal omsorgsoppgave.

I dette ligger det en betydelig helsegevinst for enkeltmennesker og deres omgivelser, samt en mulighet for samfunnsøkonomisk gevinst. Å utruste godt kvalifiserte livsfilosofier blant omsorgspersoner generelt, sier legene er svært viktig, og henviser til utdanningene av leger, sykepleiere, sosionomer, helsesøstre, lærere og ikke minst kirkens omsorgspersoner.

5.7 Forskningsspørsmål 6:

5.7.1 Vil dere dele andre erfaringer eller tilføye andre tanker omkring problemstillingen?

Legene i min undersøkelse mener det er bra å sette søkelyset på den positive helseeffekten de åndelige og eksistensielle samtaler kan ha.

Muligheten for å bygge ny kultur for samarbeid og dialog mellom helsetjenestene og de religiøse trossamfunn generelt og kirken spesielt bør utnyttes i tiden som kommer. Å henvise

til psykologer understreker legene gjentatte ganger er å gå i feil retning. Det er likevel viktig at alle faggrupper som skal møte mennesker i forbindelse med sykdom og lidelser, sosial nød og i krevende livssituasjoner, har riktige og gode kvalifikasjoner.

I et mangfoldig kulturelt samfunn må helse- og sosialarbeidere være bevisst på holdninger og verdier, språk og uttrykksformer, og egne forutsetninger og begrensninger, mener legene.

5.7.2 Diakonalt blikk på spørsmål 6:

Å påvirke holdninger, etablere ny kultur, utvikle språk og teori, og prøve ut ny praksis er en tidkrevende prosess. Å utvikle et språk for samtaler om åndelige og eksistensielle problemstillinger vil trolig være en stor og krevende oppgave. Fagdisiplinene står kanskje også et stykke fra hverandre i møte med problemstillingen.

Om tiden er moden, er utfordringene likevel store.

5.8 Psykiatrisk perspektiv

Mine respondenter oppga gjentatte ganger at pasienter i møte med alvorlig sykdom og nød, søkte etter mening og holdepunkter gjennom spørsmål som *hvorfor måtte dette ramme oss, hva nå, hva vil skje fremover, hva er meningen*.

Victor Frankl mener at det å finne mening er en kraft til livsoppholdelse og at å *finne* mening er et resultat av å *lete* etter mening. Den som leter er i bevegelse, i en prosess. På samme måte som biokjemien vil hevde at en person med et godt immunforsvar har bedre forutsetninger for å tåle en influensa enn en som har et redusert immunforsvar, vil Frankl gjennom logoterapien mene at de som er åndelig underernærte er mindre i stand til å håndtere motgang i livet enn de som har kommet til en forankring i hva som dypest sett oppleves som meningen med livet. De som opplever en grunn for å leve vil klare seg best. Frankl vil også hevde at de i større grad vil ha en positiv påvirkning på sine nærmeste og være en ressurs for samfunnet.

Mine respondenter bekrefter at pasienter i stor grad søker etter mening når livet blir utfordret, og at språket og uttrykkene for dette er mangfoldig. Menneskers søken etter mening er infiltrert i pasientenes livsfortellinger eller narrativer og utgjør en helhet, ifølge

legene. De tillitsbaserte og usensurerte åndelige og eksistensielle samtalen mellom lege og pasient er et klart uttrykk for dette, mener mine respondenter:

Hvis vi skal komme inn i dette eksistensielle aspektet må man på en måte være reseptiv. Dette går via et narrativ, altså pasienten forteller en historie, og der er jo legene ekstremt forskjellige, om de gir plass for denne historien. Så det er ikke tvil om at hvis man gir plass for slike narrativer, så finner vi og det eksistensielle og det spirituelle, ikke bare andre historiske narrativer men man finner også disse. Når jeg tenker gjennom det [...] så er det at jeg er på let etter eksistensielle og spirituelle narrativer, for de kan jeg bruke i behandlingen, for å si det slik, i tillegg til det andre. Det kan være i stedet for valium, i stedet for sovetabletter. Du kan gjøre mye med dem, fordi de er kraftfulle hvis du treffer. Så det er å finne dem, så hvis jeg skal si det med en setning, så må vi være på let etter eksistensielle og spirituelle narrativer. Lege nr 8

5.9 Sosiologisk perspektiv

Aron Antonovskys teori *sense of coherence* (SOC) knyttes gjerne til begrepet *Empowerment* som benyttes i mange sammenhenger i nyere tid. Det handler om å få oversikt og innsikt i en situasjon, ha motivasjon og evne til å ta kontroll, og styre eller påvirke situasjonen. I Frankls psykoterapeutiske teori er fokus det psykiske som skjer i et menneskes sinn, mens i Antonovskys sosiologiske teori er det som skjer rundt et menneske, de arenaer og den kontekst mennesker befinner seg i til enhver tid som er i fokus. En av legene formulerte dette slik:

Det har en annen side, og det er dersom man på en måte kommer dit at man har en samtale om dette så er det også en samtale som innebærer vokster eller mestring eller forståelse eller mening. Så det er ikke bare det, hvordan man skal møte angsten, men koss en skal leve dette. Me kan også kalle det et saludukumentum, [...] det ligger empowerment i det. Det betyr at det får en dobbelt betydning, både til å beherske

det, gi trøst i det, men og å utvikle noe som kan brukes når det gjelder å leve videre.

Lege nr 8.

De åndelige og eksistensielle samtalene på legekantoret er en slik arena for sosial støtte, anerkjennelse, utveksling av tanker, følelser, opplevelser og erfaringer, og dermed en plattform for mestring i vanskelige livssituasjoner.

Når mennesker utfordres, vil de søke sammen på flere arenaer for å finne mening, livsmot og livskraft, ifølge Antonovsky. Han vektlegger sosial og emosjonell støtte som spesielt viktige, helsefremmende og styrkende ressurser for mennesker i sårbare situasjoner.

Allmennlegene jeg har snakket med forteller at pasienter ofte kommer til legen for å snakke om sine livsutfordringer, og at utfordringene ikke bare er knyttet til fysisk helse, men alle sosiale, økonomiske, filosofiske, psykiske og åndelige problemer. Legene får derfor mange ganger rollen som livsfilosof i møte med pasientene. Legekantoret blir en viktig arena for menneskers søken etter mening og mestring i forbindelse med sykdom og død, men også i møte med andre personlige og sosiale belastninger. En av legene sa det følgende:

Ja, men det er veldig tungt å være livsfilosof når du ikke finner motivasjonen til pasientene. Det er en del av de som søker etter døden også på kantoret, som ikke har noen mening og har lyst å ta livet sitt, men så har de kanskje en eller annen plass som holder dem i live. Det kjenner jeg på, så det hadde jo vært greit om de hadde en åndelig dimensjon som vi faktisk kunne bygd litt videre på. Lege nr. 4.

Åndelig og eksistensiell oppfølging er ikke bare viktig og virkningsfullt, men også krevende og utfordrende slik denne legen gir uttrykk for.

5.10 En sammenfatning av diakonalt, psykologisk og sosiologisk perspektiv

Vi har hos Niels Christian Hvidt sett hvordan psykologi, sosiologi og teologi veves sammen i menneskers behov for mening, mestring og åndelige holdepunkt. I møte med sykdom og

lidelse vekkes menneskers lengsler og søken etter noe åndelig til live og dette må vi møte med nærvær, empati og omsorg, mener han (Hvidt, 2019, s. 145).

Ifølge mine respondenter er det ikke slik at pasienter kommer og ber om konkret hjelp til å finne mening, planlegge strategier for mestring eller utforske andre holdepunkt for livet og fremtiden. De kommer med sine historier og så må legen gjennom pasientenes fortellinger prøve å oppdage hva pasienten prøver å formidle.

I mine forskningsspørsmål spør jeg etter på hvilken *måte* åndelige og eksistensielle spørsmål berøres i pasientbehandlingen. Svaret nedenfor indikerer at pasientenes behov er infiltrert i deres livsfortellinger, og at legen må lytte til og forstå behovene ut fra dette:

Jeg tenker det ikke er alltid pasientene vet selv at de er inne i en eksistensiell problemstilling eller åndelige problem, at de og meg som lege, det er ikke alltid jeg heller kommer på det i møte med pasienter. Men det er viktig å ha dette med seg som en problemstilling i samtale med personer, som hvordan er det med tanker om hvem er du, hvorfor er du her? Og det tenker jeg er noe vi kommer inn på mer som leger hvis vi er oppmerksomme på at det er en del av mennesket. Det blir nok gjemt, glemt og kanskje fortrent litt. Depresjon og angst kan en snakke om, men hva annet ligger bak da? Lege nr. 3.

I Plan for diakoni er det et prinsipp at alle er skapt i Guds bilde til hele mennesker (Kirkerådet, 2008, s. 9). Ingen mennesker er en diagnose. Vi sier kanskje om en person at han *er* allergisk, men i diakonalt perspektiv er det riktigere å si at han *har* allergi. Like lite bør vi si at en person *er* deprimert, men heller *har* en depresjon. Også andre betegnelser som at en person er pasient, er lærer eller er mor kan sette merkelapper på folk. En person er aldri bare pasient, bare lærer eller bare mor eller far. Dette er fragmenter av roller og statuser som mennesker beveger seg mellom. Et menneske og et liv er så mye mer enn dette.

Pasienter som besøker legekantoret med problemstillinger av åndelig og eksistensiell karakter, hører til ett sted. De sokner til en kirke, er en del av et skole- eller arbeidsfellesskap, er en del av en familie og et nabolag. Dersom nestekjærlighet og

inkluderende fellesskap som diakonale søyler gjelder for alle våre medmennesker, inkluderer det også pasientene på legekantoret.

Det diakonale oppdrag er ikke å behandle menneskers somatiske og psykiske lidelser, men å være medvandrere i livets motbakker (Kirkerådet, 2008, s. 16). Den rent medisinske hjelpen får legene og resten av helsetjenesten ta seg av. Dersom legenes erfaringer stemmer, at svært mange som rammes av alvorlig sykdom, skade og andre lidelser, har behov for å snakke om åndelige og eksistensielle problemstillinger, da utfordres kirken generelt og diakonien spesielt i dette arbeidet.

Til kirkerommet kommer mange ved livets start og slutt, og kanskje til dåp, konfirmasjon, vigsel og enkelte høytidsdager. Mange vil trolig oppfatte kirkerommet mer som et rom for høytid og markeringer enn et samtalerom.

Dersom kirken ønsker å utvikle sin diakonale omsorgstjeneste gjennom nye samtalerom som med tiden kan bli like naturlige å besøke som legekantoret, er det ikke sikkert at prestekantoret eller kirkerommet er en egnet arena for dette.

6 Konklusjon og nye muligheter

Legene i denne studien er enige i at åndelig og eksistensiell oppfølging både er viktig og effektivt i pasientbehandlingen, men at politisk og faglig anerkjennelse og samfunnets kulturelle innstilling kan være et hinder. Det samme gjelder den rådende kultur på hvert enkelt legesenter, hver enkelt leges holdninger og verdier, og deres faglige og menneskelige forutsetninger. Det betyr at mye gjenstår å jobbe videre med både for legene og andre helse- og sosialarbeidere.

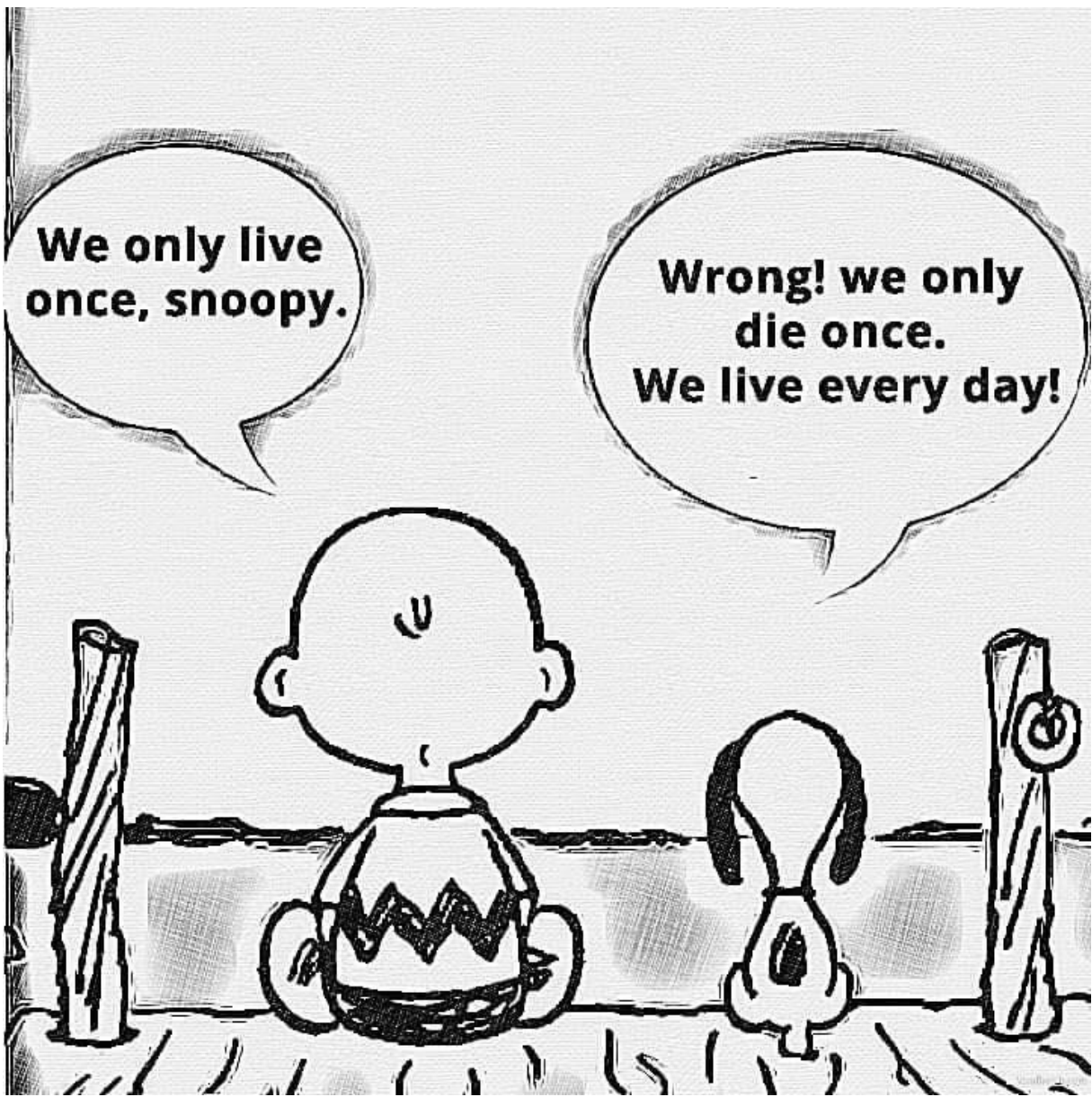
Intervjuet med legene gir klare indikasjoner på at det finnes et åndelig behov, og at det vekkes til liv en åndelig lengsel i menneskers sinn når livet røyner på. Det flerkulturelle og flerreligiøse samfunnet vi er en del av utfordrer oss spesielt til å ta dette på alvor, mener legene. For å klare det bør det utvikles en profesjonell praksis for alle som møter mennesker i kriser og nød. Tiden er inne for å etablere faget Åndelig og eksistensiell omsorg for helse- og sosialarbeidere i Norge.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg gjentatte ganger stilt meg følgende spørsmål: Hvorfor har ikke diakonen samtalerom på legesenteret?

Med kirkens helseoppdrag i ryggen, diakoniens nestekjærlighet som drivkraft, og Guds styrke å bygge på, bør det etter min mening arbeides med å etablere åpne diakonale samtalerom på legesenteret eller helsesenteret med diakoner som godt kvalifiserte livsfilosofer. Kanskje er det diakonien som skal lede arbeidet med å utvikle det nye faget for åndelig og eksistensiell oppfølging?

«Det er ikke sykdommen som er problemet, det er livet som er problemet.» Lege nr. 8

Det er mens vi lever vi mennesker trenger kirken og diakonen.



Litteratur:

Aadland, E. (2012). *Ledelse i diakonale virksomheter*. Trondheim: Akademika forlag

Agledahl, K. M. (2011). Morally bound medical work. Finnmarkssykehuset. Hentet fra <https://finnmarkssykehuset.no/fag-og-forskning/forskning/doktorgrader/kari-milch-agledahl> den 14.05.2020

Anker, T. (2020). *Analyse i praksis*. Oslo: Cappelen Damm

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey Boss

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal

Blennerberg E. & Hansson M. J. (red.). (2008). *Diakoni. Tolkning, historik, praktik*. Stockholm: Verbum

Blennerberg, E. & Hansson, M. J. (Red.). (2008). *Diakoni, etik och ideologi*. Stockholm: Verbum

Bäckström, A. (2014). *Välfärdsinstanser på religiös grund*. Uppsala: Impact

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. (2009) Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

Det lutherske verdensforbund (2010). *Diakoni i kontekst: Forvandling, forsoning, myndiggjøring*. Oslo: Det Lutherske verdensforbund

Dietrich, S., Dokka, T., & Hegstad, H. (Red.). (2011). *Kirke nå : Den norske kirke som evangelisk-luthersk kirke*. Trondheim: Tapir akademisk forlag

Dietrich, S., Korslien, K. K. og Nordstokke, K. (Red.). (2011). *Diakonen – kall og profesjon*. Trondheim: Tapir akademisk Forlag.

Engebretsen, E. & Heggen, K. (2012). *Makt på nye måter*. Oslo: Universitetsforlaget

Everett, E. F. & Furseth, I. (2019). *Masteroppgaven. Hvordan begynne - og fullføre*: Oslo: Universitetsforlaget

Farstad, M. (2016). *Skam. Eksistens, relasjon profesjon*. Oslo: Cappelen Damm

Frankl, V.E. (2018). *Livet må ha mening*. Oslo: Viatone

Frankl, V.E. (2019). *Livet er mening*. Oslo: Arneberg

Frankl, V.E. (2019). *Vilje til mening* (3. utg.). Oslo: Arneberg

Grønvik, K., et al. (2010). *Diakoni i kontekst : forvandling, forsoning, myndiggjøring : et bidrag fra Det Lutherske Verdensforbund til forståelsen av diakoni og diakonal praksis*. Geneve, Det Lutherske verdensforbund, del III. riktig

Grønvik, K., Nordstokke, K., Finnish Evangelic Lutheran Mission, & Lutheran World Federation. (2010). *Diakoni i kontekst: Forvandling, forsoning, myndiggjøring: Et bidrag fra Det Lutherske Verdensforbund til forståelsen av diakoni og diakonal praksis (Norsk utg. ed.)*. Geneve: Det Lutherske verdensforbund

Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. (2. utg.). Fredriksberg: Samfundslitteratur

Haugen, H. M. (2018). *Diakoni i velferdssamfunnet*. Bergen: Fagbokforlaget

Johannessen, A., Tuft P. A. & Christoffersen L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (5. utg.). Oslo: Abstrakt forlag

Johannessen, K., Jordheim, K., & Korslien, K. (Red.). (2009). *Diakoni : En kritisk lesebok*. Trondheim: Tapir akademisk forlag

Johannessen, L. E. F., Witsø, T. R., & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget

Jordheim, K. &. (2010). *Diakoni og samhandling. Diakonifaglige innspill til Samhandlingsreformen (Rapport 2010/4)*. Oslo: Diakonhjemmet Høgskole.

Kirkerådet. (2008). *Plan for diakoni i Den norske kirke (Bokmålutg.)*. ed.). Oslo: Den norske kirke, Kirkerådet

Kirkerådet. (2015). *Kirke og helse*. Oslo: Kirkerådet

Krog, T. (2014). *Hermeneutikk. Om å forstå og fortolke*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kvale, S. & Brinkmann. S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Laugerud, T. (1999). *Kirken i møte med den åndelige lengsel i vår tid*. Oslo: Kirkerådet

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. (4. utg.), Oslo: Universitetsforlaget

Mæland, E. & Giske, T. (2015). *Den eksistensielle samtalen*. Tidsskrift for fag og tro. hentet fra <https://vid.brage.unit.no> den 13.05.2020

- Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse?* Oslo: Universitetsforlaget
- Nyberg, U. (2013). *Konsten att rädda liv – om att förebygga självmord*. Stockholm: Ullakarin Nyberg och Natur & Kultur
- Okkenhaug, B. (2009). *Når jeg skjuler mitt ansikt*. Oslo: Verbum forlag
- Repstad, P. (2014). *Mellom nærhet og distanse* (4. utgave). Oslo: Universitetsforlaget
- Skaia, (2003, 26. juni). Betydningen av mening. Tidsskriftet Den norske legeforening. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2003/06/kronikk/betydningen-av-mening> den 14.05.2020
- Spurkeland, J. (2017). *Relasjonsledelse*. (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Steenfeldt, V., Viftrup, D., & Hvidt, N. (Red.). (2019). *Åndelig omsorg*. København: Munksgaard
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (4. utgave). Oslo: Fagbokforlaget
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis*. Oslo: Gyldendal
- Wibeck, V. (2011): *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur

Vedlegg:

Vedlegg 1: Invitasjon til fokusgruppeintervju

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Samtaleguide til fokusgruppeintervju og individuelt intervju

Vedlegg 1: Invitasjon til fokusgruppeintervju

Til allmennleger

Invitasjon til middag, erfaringsdeling og forskningsintervju



Invitasjon til middag, erfaringsdeling og forskningsintervju

Vil du delta i forskningsprosjektet «Hvordan opplever allmennleger å møte pasienter som strever med problemstillinger av åndelig og eksistensiell karakter»?

Du inviteres til å delta i et fokusgruppeintervju på et sentralt og nøytralt sted i området mellom Bryne, Sola og Sandnes i januar / februar 2020.

Middag:

Etter arbeidshagens slutt, vil jeg servere et varmt måltid.

Tidspunkt:

Når jeg har nok respondenter, sender jeg ut en e-post med aktuelle datoer og klokkeslett, og du gir da respons på hvilke tidspunkt som kan passe for deg. Trolig vil middagen bli mellom kl. 15.30 og 17.00, alt etter hvilket tidspunkt som passer for flest respondenter.

Varighet:

Selve intervjuet er beregnet å ta inntil 1,5 timer, i tillegg til 0,5 timer til middagen. Du bør derfor sette av 2 timer totalt.

Forskningsintervju:

Målet er å samle en gruppe på 6-8 leger for å samtale omkring temaet ovenfor. Formålet er å undersøke hvordan allmennleger opplever å møte pasienter som strever med problemstillinger av åndelig og eksistensiell karakter.

Kriteriet for å delta er at du arbeider som allmennlege i kommunehelsetjenesten.

Alle opplysninger anonymiseres slik at data ikke vil være gjenkjennelig for andre. Du kan når som helst trekke deg fra prosjektet.

Om meg:

Jeg er 53 år, bosatt på Klepp, og student ved VID Vitenskapelige høgskole i Oslo. Forskningsprosjektet er del av en masterstudie i diakoni.

Fremdrift:

Dersom du kan tenke deg å bidra, sender du en uforpliktende e-post til:

arvid.kaspersen@kleppnett.no.

Din e-postadresse vil ikke bli brukt til andre formål enn dette prosjektet, og e-postadressen slettes når prosjektet er fullført.

Du må sende meg følgende opplysninger:

Navn

Arbeidssted

E-post

Mobilnummer

Som student har jeg dessverre ikke anledning å honorere dette ut over å bidra med et godt måltid. Jeg håper likevel du ser verdien av å bidra i studiet, og imøteser din respons.

Vennlig hilsen

Hilsen Arvid Kaspersen

Nymyra 15, 4352 Kleppe

95149973

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvordan opplever allmennleger å møte pasienter som strever med problemstillinger av åndelig og eksistensiell karakter»?

I dette skrivet vil jeg gi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære.

Formål:

Formålet er å undersøke hvordan allmennleger opplever å møte pasienter som strever med problemstillinger av åndelig og eksistensiell karakter. Forskningsprosjektet er del av en mastergrad i diakoni.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID Vitenskapelige høyskole i Oslo.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg er student ved VID vitenskapelige høyskole i Oslo, men bosatt på Jæren. Etter avtale med utdanningsinstitusjonen gjennomføres forskningsprosjektet lokalt av praktiske hensyn.

Gjennom henvendelse til 3-5 kommuneoverleger i Rogaland har jeg bedt om at denne invitasjonen videresendes fra meg til allmennleger i kommunene. Målet er å samle en gruppe på 6-8 leger til et gruppeintervju i januar 2020.

Dersom du kan tenke deg å delta i studien, sender du en bekreftelse til arvid.kaspersen@kleppnett.no innen utgangen av november 2019.

Intervjuet vil bli gjennomført på ettermiddag/kveldstid på et sentralt sted på Jæren, i nøytrale omgivelser.

Kriteriet for å delta i forskningsprosjektet er at du arbeider som allmennlege i kommunehelsetjenesten.

Hva innebærer det for deg å delta?

Som deltaker i forskningsprosjektet vil du delta i én gruppesamtale med 5-7 andre leger. Tidsrammen vil være på totalt 1 ½ til 2 timer.

Jeg ønsker å legge opp til en gruppesamtale/drøfting, mer enn et intervju. Det vil si at jeg presenterer et hovedtema som jeg ber dere om å samtale om i gruppa.

Hovedtemaet som vil bli berørt er hvordan allmennleger opplever å møte pasienter som strever med problemstillinger av åndelig og eksistensiell karakter.

I forlengelsen av dette lurer jeg på om – og eventuelt hvordan – slike problemstillinger kan ha betydning for pasienters sykdomsbilde og tilfriskning. Jeg lurer også på om dere har tanker om hvorvidt religiøse trossamfunn generelt, og Den norske kirke spesielt kan være en ressurs i pasientbehandlingen.

Gruppesamtalen vil bli tatt opp på video og deretter transkribert i et word-dokument. Gjennom transkriberingen anonymiseres personopplysninger ved at deltakerne får en kode som erstatter navnet. Navn og kodeliste oppbevares adskilt fra det transkriberte materialet.

I selve masteroppgaven og i eventuelle publikasjoner, vil du som deltaker ikke kunne gjenkjennes av andre. Personopplysningene blir holdt adskilt fra den innsamlede informasjonen, og lyd-/videopptak vil bli slettet etter prosjektperioden.

I forbindelse med undersøkelsen vil jeg trenge opplysninger om din bakgrunn, som fødeland/statsborgerskap, religiøs tilhørighet og filosofisk ståsted. Dette er ikke opplysninger du skal dele i gruppa, kun krysse av på et skjema til meg. Opplysningene om deg vil ikke bli brukt slik at du kan identifiseres. De vil utelukkende bli brukt til å peke på eventuelle ulikheter i forståelse / oppfatning av problemstillingen.

Det er frivillig å delta:

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst i prosessen trekke deg fra studien uten å oppgi noen grunn, og uten at dette vil få noen følger for deg. Om du skulle velge å trekke deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger:

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrevet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er kun jeg som student, min veileder og studieleder som vil ha tilgang til opplysningene som kommer frem i gruppeintervjuet.

Video og lydopptak vil til enhver tid være innelåst. Ditt navn vil som sagt bli erstattet med en kode, og kode med navneliste blir lagret adskilt fra øvrige data på sikker datasekvens.

Transkriberingen vil bli gjennomført av meg selv, uten bruk av tredjeperson eller annen leverandør, men min veileder vil få innsyn i dette arbeidet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen juni 2021. Deretter slettes både video- lydopptak, kodeliste og navneliste. Det transkriberte anonymiserte materialet beholdes ut 2022.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
å få rettet personopplysninger om deg,
få slettet personopplysninger om deg,
få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID Vitenskapelige høgskole, Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

VID Vitenskapelige høgskole, Oslo ved Kari Jordheim, kari.jordheim@vid.no eller veileder Marta Høyland Lavik, marta.hoyland.lavik@vid.no

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Arvid Kaspersen

Prosjektansvarlig

Forsker

Marta Høyland Lavik

Veileder

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hvordan opplever allmennleger å møte pasienter som strever med problemstillinger av åndelig og eksistensiell karakter?*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i gruppeintervju i forskningsprosjektet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2021.

Dato:

Navn med blokkbokstaver:

Signatur:

E-post:

Mobiltelefon:

Vedlegg 3: Samtaleguide til fokusgruppeintervju og individuelt intervju

Samtaleguide

Innledning:

Velkomst og takk. Presentasjon av studien. (Kort info, ett minutt.)

Gjennomgang av informasjonsskriv. (Kort muntlig gjennomgang, ikke opplesing. Gi mulighet for spørsmål før innsamling av samtykke.)

Informasjon om gjennomføringen av dette gruppeintervjuet. (Praktisk info, ett minutt.)

Gjennomføring - Tema til samtale og refleksjon:

Jeg har fått forståelse av at mange allmennleger møter pasienter som strever med problemstillinger av åndelig og eksistensiell karakter, og at noen leger kan kjenne på at dette er utfordrende. Kan dere diskutere dere imellom hvordan dere opplever dette?

Supplerende hjelpespørsmål ved behov:

1. I hvilken **grad** og på hvilken **måte** berøres åndelige og eksistensielle spørsmål i pasientbehandlingen?
2. I hvilken grad og på hvilken måte opplever dere at spørsmål av åndelig og eksistensiell karakter kan ha betydning for en pasients **sykdomsbilde** og **tilfriskning**?
3. I hvilken grad og på hvilken måte vurderer dere oppfølging av åndelige og eksistensielle spørsmål som ett av deres **oppgave- og ansvarsområder**?
4. Hva er de største **utfordringene** i møte med pasienters åndelige og eksistensielle problemer?
5. Kan religiøse trossamfunn generelt, og Den norske kirke spesielt være en **ressurs** i pasientbehandlingen – i tilfelle hvordan?
6. Vil dere dele andre erfaringer eller tilføye andre tanker omkring problemstillingen?

Avslutning:

Kort oppsummering.

Informasjon om det videre arbeidet og takk.