

# Åndelig fokus i institusjonshverdagen

AV DAG SIGURD WISLØFF

*Diakonos bringer her et redigert utdrag fra et foredrag sykehusprest Dag Sigurd Wisløff ved Diakonhjemmets sykehus holdt på konferansen "Diakoni i institusjonshverdagen – fra visjon til virkelighet" i regi av Kirkens Sosialtjeneste i oktober i fjor.*

**F**or å imøtekomme religiøse og eksistensielle behov bedre, er det nødvendig å utvide "plassen" til det. Det betyr at vi må dokumentere betydningen av å møte disse behovene ut fra et helsemessig synspunkt. For det er dette synspunktet som har gyldighet i samfunnet, i sykehus og andre behandlingstjenester. Et betydelig arbeid er gjort og gjøres ved høyskoler og universiteter med dette for øyet. Ikke minst i denne forsamling.

Men resultatet har ikke nådd tilstrekkelig inn i den kliniske hverdag. Hverken i den prinsipielle tenkning rundt helsebegrepet eller i behandlingsprosedyrer og rutiner. Heller ikke i de besluttede organer for ressursforvaltning og prioriteringer ved diakonale behandlingstjenester. Det synliggjøres straks vi spør etter anvendt ekspertise og fagutvikling innen sykehuset på dette feltet – som er varig og systematisk og som berører alle yrkesgrupper.

Plassen til å ivareta religiøse og eksistensielle behov blir utvidet når vi vinner forståelse for et utvidet helsebegrep. En modell for dette, som

viser den åndelige omsorgens relevans for helsen, viser at helsen endres til sykdom ved en empirisk psykofysiologisk prosess. Men ikke bare. Helsen er også avhengig av hvordan pasienten føler seg.

## Positiv selvopplevelse

I denne selvfølelsen inngår livssynet som et element i pasientens evne til å medvirke i og nyttiggjøre seg av behandlingen. Ikke minst gjelder dette eldre mennesker. For eksempel er en pasient som ser seg verdiløs fordi et ben er amputert, en nokså motvillig rekonvalesent. Livssynet gir oss også strategier til å innvirke på selvopplevelsen i positiv retning. For eksempel når sykdommen aktualiserer behov for å kjenne seg hel og sannferdig – og pasienten gis anledning til å betro seg.

Et utvidet helsebegrep gir også større grunn til tverrfaglig samarbeid i behandlingen. Vi er vant til flerfaglighet. Det vil si at flere fagpersoner med hver sin spesialitet bidrar til å nå et felles mål for pasientens helse.

Tverrfaglighet derimot, løser kliniske oppgaver slik at

fagene delvis erstatter hverandre ut fra et felles konkret mål. En fagpersoners hovedfunksjon blir altså en annen fagpersoners sidefunksjon.

Å identifisere og imøtekomme åndelige behov er fellesmenneskelige og personlige, oppgaven tilhører også andre fagprofesjoner. Den personlige karakter som åndelige behov har, gjør at de ikke lett fanges opp i sammenhengen: symptom – fagprofesjon. De kommuniseres mellom personer. En vesentlig ressurs er derfor helsearbeideres bruk av seg selv som personer i møte med pasienter.

## Kommunikasjon

Hvordan man skal bruke seg selv i en behandlingssammenheng er ikke tilfeldig. Dette har også en faglig side gjennom kommunikasjonsprosessen. Men den er i dypeste forstand tverrfaglig. Det personlige element i vår fagutøvelse har altså betydning når det gjelder å åpne for pasienters religiøse og eksistensielle behov. Det er gjennom våre egne følelser vi kjenner og kan forstå hva pasienter gjennomlever og hva de tenker om det. Får vi anledning til å bearbeide reaksjonene våre

litt, gir de tolkningsmuligheter og nøkler til å åpne for det pasienter sliter mest med på det åndelige området.

Men hvordan vi skal tolke det som slår inn slik at vi aner hva det kan bety og hvordan vi best kan være til hjelp – fordrer kunnskap. Et eksempel på slik kunnskap gir den amerikanske sykehuspresten M.W. Hay. Han har bearbeidet sine inntrykk og erfaringer til en slags kartleggingsmodell av ulike åndelige behov – og tiltak som kan hjelpe.

1 Problem: Problemer i trossystemet

2 Definisjon: Manglende bevissthet i et personlig meningsystem

3 Kjennetegn:

a) Uttrykker opplevelse av meningsløshet

b) Setter spørsmålstegn ved trossystemet sitt, religiøst eller ikke-religiøst

c) "Hvordan/hvorfor kan dette skje med meg?" og lignende spørsmål

d) Tilbaketrekking fra livssynsfellesskap

4 Punkter til vurdering:

a) Kartlegge livssyn eller trossystem, meningsgivende forestillinger



*Det personlige element i vår fagutøvelse har betydning når det gjelder å åpne for pasienters religiøse behov.*

*Foto utlånt fra Menighetsøsterhjemmets arkiv.*

- b) Bli kjent med hvilket perspektiv pasienten har på diagnose og prognose
- c) Undersøke forholdet mellom trossystem og de mellommenneskelige relasjonene
- d) Kartlegge tidligere og aktuell deltakelse i fellesskap som gir uttrykk for et trossystem

#### 5 Tiltak:

- a) Oppmuntre til gjennomtenkning av trossystem/livssyn
- b) Legge til rette for samtale om diagnosens og prognosens mening
- c) Oppmuntre til å skape sammenheng mellom trossystemet og de mellommenneskelige relasjonene

- d) Legge til rette for deltakelse i livssynsfellesskap eller lignende
- e) Eventuelt henviser til aktuelle ressurspersoner
- f) Eventuelt henviser til sykehuspresten

#### 6 Mål:

- a) Økt bevissthet om trossystemet, og om trossystemets verdi for mestring i mellommenneskelige forhold
- b) Utvidet perspektiv på diagnose og prognose
- c) Endring i mellommenneskelige relasjoner, i overensstemmelse med trossystemet
- d) Økt deltakelse i fellesskap som gir rom for utvikling av trossystemet.

1 Problem: Åndelig (eksistensiell) smerte

2 Definisjon: Mellommenneskelig eller indre ubehagsfølelse, av tilsynelatende uforklarlig opprinnelse

#### 3 Kjennetegn:

- a) Smerter
- b) Søvnløshet
- c) Manglende oppfølging av pleie/behaling
- d) Redusert eller opphørt involvering i støtende nettverk
- e) Redusert bevissthet om egen personlig utvikling
- f) Tilbaketrekning/isolasjon
- g) Konflikter
- h) Angst, mistillit
- i) Sinne
- j) Depresjon
- k) Skyldfølelse
- l) Uforsonlighet
- m) Dårlig selvbilde
- n) Sørlig livskvalitet
- o) Håpløshet
- p) Sorg
- q) Tap av humor

#### 4 Punkter til vurdering:

- a) Undersøke pasientens bevissthet om sin egen personlige utvikling
- b) Undersøke (så langt det går an) hvordan og hvorfor pasientens åndelige/eksistensielle mestringsmønster har sluttet å virke tilfredsstillende
- c) Undersøke om smerten knytter seg til de nære omstendighetene eller til varige skyldfølelser, konflikter etc.
- d) Undersøke om smerten knytter seg til de nære omstendighetene eller til varige skyldfølelser, konflikter etc.
- e) Undersøke om problemer kan skyldes spenninger i forhold til mennesker i et religiøst/livssynsmessig fellesskap
- f) Kartlegge sentrale temaer: skyldproblemer selvbebreidelse, anger tilgivelse – i en personlig sammenheng

#### 5 Tiltak

- a) Støtte vitalisering av et eventuelt støttende nettverk
- b) Oppmuntre til refleksjon over tidligere faser i den personlige utviklingen
- c) Oppmuntre til refleksjon over forholdet mellom trossystemet og de mellommenneskelige relasjonene
- d) Støtte arbeid med å finne bedre måter å forholde seg til mennesker i omgivelsene på
- e) Eventuelt opprette kontakt med personer fra en religiøs gruppe eller en livssynsgruppe
- f) Eventuelt henviser til psykoterapi
- g) Eventuelt henviser til sykehusprest

#### 6 Mål:

- a) Økt bevissthet om elementene i ens egen personlige utvikling
- b) Redusere tegn på ubehag, slik som angst, skyldfølelse osv.
- c) Bedre samsvar mellom trossystemet og de mellommenneskelige relasjonene
- d) Større involvering i støtende nettverk
- e) Meningsfulle relasjoner til nærstående personer

Å tilføre behandlere noe av denne kunnskapen kan ikke bare skje ved våre diakonale utdanningsinstitusjoner. Da blir den lett liggende igjen som idealer man ikke får gjennomført. Det skaper resignasjon. Skal denne kunnskapen kunne brukes i praksis, må vi la den få vokse videre innenfor behandlingsinstitusjonene gjennom den enkeltes yrkesutøvelse. Da utfordres vi til å gi denne typen kunnskap høyere prioritet. Slik at den får et "språk" internt som er flerfaglig relevant og tverrfaglig brukbart.

*Fortsetter neste side*

## Åndelig omsorg

En måte å gjøre det på hos oss, ville være å ha en sykepleierdiakon utdannet med åndelig omsorg som spesialitet. Blant annet for å bidra til å integrere omsorgens språk og metode systematisk i den eksisterende sykepleie. Det kan utvikles bedre prosedyrer både ved inntaks-samtaler og ved andre arbeidsoperasjoner – når det gjelder å identifisere og møte åndelige og eksisten-

sielle behov. Nå er det lite av dette. På diakonale institusjoner ville det vært naturlig å regne åndelig omsorg som en spesialitet i sykepleien – på linje med anestesi- og operasjonssykepleie. I hvert fall er det et poeng å arbeide for det. Imens prøver vi å bidra til et tverrfaglig engasjement og tilføre det litt kunnskap. Vi har ikke kommet så langt at Hay's åndelige "diagnose-skjema" er et ledd i behand-

lingsrutinene.

Det er vel heller ikke vårt mandat. Men vi har erfart at religiøse og eksistensielle behov ikke flagger med egne vimpler så de automatisk kan identifiseres i sin egenart. Ofte ligger de latente inne i almenmenneskelige erfaringer og opplevelser og uttrykkes gjennom fysiske og psykiske reaksjoner.

Derfor legger vi opp til å videreutvikle kommunikasjonskompetansen. Som tidligere påpekt gir den personlige kommunikasjonen med pasienten inngangen til åndelige behov. Tilsvarende type kommunikasjon er samtidig en forutsetning for å få et fylldig bilde av sykdomsforløpet, trekke diagnostiske slutninger og iverksette gode behandlings- og pleietiltak. ●

## Kontingentsatser på ulike medlemsvarianter, pr. 01.01.99.

Type medlemskap:	Pris pr. år:	Pr. mnd:
Medlem med AF i 100 %-stilling:	kr 3.096.-	kr 258.-
Medlem med AF i 75 %-stilling:	kr 2.364.-	kr 197.-
Medlem med AF i 50 %-stilling:	kr 1.608.-	kr 134.-
Medlem med AF i 25 %-stilling:	kr 864.-	kr 72.-
Medlem m reservasjon frå AF i 100%:	kr 1.176.-	kr 98.-
Medlem m reservasjon frå AF i 75%:	kr 924.-	kr 77.-
Medlem m reservasjon frå AF i 50%:	kr 648.-	kr 54.-
Ektefelle med AF:	kr 864.-	kr 72.-
Ektefelle m reservasjon frå AF:	kr 312.-	
Misjonær:	kr 535.-	
Pensjonist:	kr 635.-	
Ikke yrkesaktiv:	kr 635.-	
Student - hele året:	kr 100.-	
Student - pr. semester:	kr 50.-	
Forsikringer; (Kommer i tillegg)		
Grunnforsikring:	kr 194.-	
Innboforsikring, sone 1 - Oslo:	kr 1.392.-	
Innboforsikring, sone 2:	kr 972.-	
Innboforsikring, sone 3:	kr 696.-	
Innbo - Grunnforsikring, sone 1:	kr 1.586.-	
Innbo - Grunnforsikring, sone 2:	kr 1.166.-	
Innbo - Grunnforsikring, sone 3:	kr 890.-	
Abonnement på Diakonos:	kr 200.-	(Ikke medlemmer)
Abonnement på Diakonos - utland:	kr 250.-	

(Når det ikke står oppført pris pr. måned, gjelder det beløp som blir innbetalt sjeldnere.)