

Oppsummering

Spørsmål som kan brukes enten som avslutning av siste samling eller som en egen samling.

Dere har nå gjennom flere samlinger reflektert over og diskutert hvilken plass den åndelige dimensjonen og religiøs tro bør ha i lege-pasientforholdet.

Har dine synspunkter endret seg gjennom disse samtalene?

Hva føler du behov for å lære mer om?

Hvis du arbeider i klinisk praksis: Kommer du til å forsøke å fokusere mer på pasienters åndelige dimensjon i arbeidshverdagen? På hvilken måte?



Pasienters åndelige behov
Samtaleopplegg for grupper



**Norges Kristelige
Legeforening**

Samtaleopplegget er knyttet til artikkelen ”En åndelig dimensjon er viktig for mange pasienter” (Magelssen og Fredheim, Tidsskriftet, 2011). Les denne artikkelen som bakgrunn i forkant av første samling, og gjerne noen av artiklene som blir referert.

Samling 1-3 utgjør en helhet, mens samling 4 er et valgfritt tillegg. I tillegg kommer noen spørsmål som kan brukes til oppsummering etter siste samling.

Utarbeidet for Norges kristelige legeforening av Morten Magelssen, Carl Fredrik Knobloch og Olav Magnus S. Fredheim.

1. samling - Hvorfor?

Den eksistensielle eller åndelige dimensjonen omfatter personens grunnleggende verdier, tanker om hva som gir livet mening, og religiøse eller ikke-religiøse verdensbilde. Forskning viser at mange pasienter ønsker at helsetjenesten også fokuserer på det åndelige/eksistensielle.

- *Har du erfaring med å ta opp temaet med en pasient? Hvilke erfaringer?*
- *Tar pasientene opp slike spørsmål spontant?*
- *Har du erfart at pasienter sliter med skyldfølelse?*
- *Er det riktig å bruke ”positiv helseeffekt” av tro og aktiv religiøsitet som et argument for å for å introdusere pasienten for den kristen troen?*

Kasuistikk: En eldre kvinne ble innlagt på lokalsykehuset med funksjonsdyspné og økte deklive ødemer. Journal skrivende lege stilte raskt diagnosen forverring av kronisk hjertesvikt. Denne legen hadde som vane å spørre pasienter om deres tro og religiøsitet i forbindelse med journalopptaket, og det gjorde han også overfor denne pasienten. Det kom fram at hun var kristen. Troen var svært viktig for henne og hun var aktiv i en lokal menighet. Legen fikk også fram noe spesielt interessant, nemlig at pasienten regnet det å ta medisiner mot hjertesvikt som uttrykk for en *mistillit mot Gud*. Derfor hadde hun latt være å ta medisinene i det siste. Dette var en opplysning som ”satt langt inne”, men legen hadde oppnådd pasientens tillit, og derfor fortalte hun om det. Det syntes klart at det var manglende etterlevelse av medikamentell behandling som var årsaken til forverringen av hjertesvikten.

Legen vurderte om han skulle kontakte sykehuspresten, men kom til at han gjerne ville snakke med pasienten selv om dette. Etter flere samtaler med denne legen kom pasienten frem til at hennes tanker om det å bruke medisiner ikke var riktige. Hun ble overbevist om at hun kunne ta medisiner og følge helsepersonellens råd uten at det innebar et svik mot Gud.

Legen stilte seg i etterkant spørsmål om hvordan det ville gått med denne pasienten hvis ingen helsepersonell hadde utforsket hennes trosoppfatninger og hvordan oppfatningene påvirket hennes sykdomsattferd.

- *Synes du det var riktig av legen å selv følge opp denne pasientens tanker om det å ta medisiner?*
- *I hvilke situasjoner kan det være bedre å kontakte sykehuspresten enn selv å følge opp pasientens åndelige behov?*

2. samling - Hvordan?

- *I hvilke situasjoner er det ifølge artikkelforfatterne riktig å ta opp den åndelige dimensjonen med pasienter? I hvilke situasjoner synes du selv det er riktig og naturlig?*
- *Bør de ulike gruppene av helsepersonell (leger, sykepleiere, psykologer) ha ulike måter/terskler for å gå inn i den åndelige/eksistensielle dimensjonen?*
- *Bør det være noen forskjeller på hvordan religiøse og ikke-religiøse helsepersonell tilnærmer seg pasienters åndelige behov?*
- *Hvordan kan man innlede en samtale om åndelige/eksistensielle tema med en pasient?*
- *Hvilke rammer bør være på plass for å innlede en slik samtale (tid, sted, avbrytelser)?*

Kasuistikk: Det er tidlig høst. En eldre kvinne legges inn fra distriktet. Hun er om lag 75 år gammel, kjent hjertesykdom (atrieflimmer), og har fått utskrevet nitroglyserin fra fastlegen. I tillegg blodtrykksmedisiner, Albyl-E, hun har brukt et statin men har sluttet på grunn av bivirkninger. Ikke røyk/alkohol.

Innleggelsesdagen fikk hun brystmerter tidlig på formiddagen da hun var ute og bar litt ved. Brystmertene ga seg med morfin i ambulansen på vei inn, men har kommet tilbake når hun kommer inn ca. 1/2 time etter start av transport. Litt diffus karakter, men sitter sentralt i brystet. Blodprøvene viser normale troponiner, ingen tegn til infeksjon. Det er normalt EKG og røntgen thorax viser gamle forandringer.

Hun er tydelig påvirket av situasjonen. Det kommer klart fram at hun er religiøs, idet hun stadig gjentar at hun er klar for å dø, og nesten roper om at Jesus må ta henne imot, for hun møter ham snart. Hun ser imidlertid ikke ut til å mene det når hun sier at hun ikke er redd for å dø, for hun framtrer som redd og engstelig, og tolker små endringer i blodtrykk og puls negativt. Disse er for sykepleier som er tilstede nokså stabile med et systolisk trykk på godt over 100 og puls på 95-100. Pasienten viser ikke helt tiltro til personalet.

På pasientrommet er det altså en sykepleier tilstede. I tillegg er det en turnuslege og en assistentlege som skal hilse på den nyankomne pasienten. En av disse er kristen og skjønner (i alle fall litt av) hva pasienten tenker, og tror at man kunne ha gjort en forskjell dersom man gikk inn på den åndelige delen av pasientens historie - fordi det virker som en god måte å komme pasienten i møte på, å "godkjenne" pasientens oppfatning av situasjonen og samtidig gi et utgangspunkt for videre samtale og tillit.

- *Ville du tatt opp det åndelige delen med denne pasienten? Er svaret ditt avhengig av om du er den i situasjonen med høyest eller lavest rang, eller av om du er alene med pasienten eller ikke?*
- *Er det akseptert, som helsepersonell, å snakke med pasienter om tro og troens innvirkning på livet og pasientens helse?*

3. samling - Et åndelig fellesskap?

Det er gode argumenter for at det å vurdere om pasienten har åndelige/eksistensielle problemer, er en del av legens oppgave. Synspunktene på hvordan og hvorvidt legen kan etablere et åndelig fellesskap med en pasient, er mer delte – også blant kristne.

- *Synes du at en lege kan be for/med en pasient?*
- *Hvilke kriterier må eventuelt være oppfylt? Har det betydning om pasienten er en trygg og moden kristen eller er en søkende?*
- *Hva tenker du om åndelig fellesskap mellom pasienter og leger med en annen tro enn den kristne?*

Kasuistikk: En søndag kveld på kirurgisk avdeling

Herr Vangen er en 90 år gammel mann som har ligget inne i avdelingen litt over en uke. Den ortopediske problemstillingen han har ligget inne for, er avklart og behandlet. Han er imidlertid fortsatt plaget med smerter og kan ikke lenger klare seg hjemme selv. Sykepleierne har bemerket at det virker som frykten for smerter er større enn smertene i seg selv. Han venter nå på sykehjemsplass og er innstilt på dette, selv om det er leit å måtte forlate eget hjem.

Vakthavende lege går en sen kveldsvisitt. Vangen er alene i rommet og ligger i sengen. På spørsmål om hvordan det står til, svarer han at det går greit. Etter litt småprat spør han; "Er det du som er presten?" Legen stusser litt over ikke å bli gjenkjent, men forteller et han er legen før han spør "Ville du snakke med presten?" "Neida, det er ikke så farlig"

- *Hva ville du gjort her? Hva ville du sagt eller spurt om? Klokkeren er ca 21. Det er søndag kveld. Presten er ikke på sykehuset. Han kan kanskje nås per telefon, men har ikke formell vakt.*

Vangen er i blant snakkesalig og interessert, andre ganger mer stille. Legen spør han; "Var det noe spesielt du tenkte på?" "Jeg har lyst til å være nær Jesus" Fordi Vangen ikke har gitt uttrykk for kristen tro tidligere under oppholdet på avdelingen, blir legen overrasket.

- *Hva ville du gjort nå?*

Legen er litt usikker på hva han mener, og hva som er riktig respons.

“Har du hatt det sånn lenge?.. jeg mener.. er du en kristen?”

“Nei.. Jeg har ikke hatt det sånn før”

Det blir litt stille. Vangen sier ikke mer. Legen spør;

“Er det noe jeg kan gjøre for deg? Har du lyst til at vi snakker litt om det? Vil du at jeg skal be? Vil du være alene? “

“Du kan godt be”

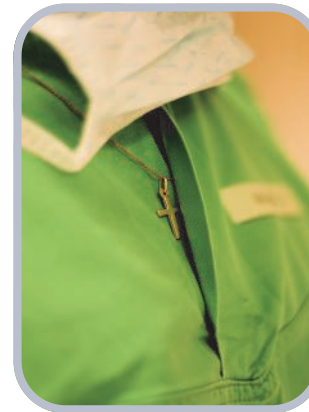
Legen gikk og lukket døren før han satte seg på en stol ved sengen hans og ba en bønn.

- *Hva ville du gjort?*
- *Er det ok å be for en pasient på denne måten?*
- *Hva ber man for, eventuelt?*
- *Ville det vært annerledes om han ikke var alene på rommet?*
- *Hvorfor tror du legen lukket døren?*
- *Bør slike hendelser journalføres?*

Rådet for legeetikk har uttalt følgende (Hyttén, Tidsskriftet, 2011): Sykdom og død aktiverer ofte eksistensielle spørsmål og trosspørsmål som det er viktig for pasienter å kunne samtale med legen om. Rådet mener det generelt er viktig å fange opp og imøtekomme pasienters åndelige behov. Dette er temaer som har sin naturlige plass i et fortrolig lege-pasient-forhold, og som skal behandles med varsomhet og respekt. Hvis initiativet til forbønn hadde kommet fra pasienten, ville det imidlertid ikke nødvendigvis vært i konflikt med god legeetikk å imøtekomme pasientens ønske.

4. samling - Vise sin tro? - Hva når pasienten har en annen tro?

Noen pasienter kan ha et ønske om å vite hvor legen står trosmessig. En bakgrunn for et slikt ønske kan være at pasienten er søkende og leter etter en person som kan fortelle om en bestemt trosretning, eller at pasienten ønsker et åndelig fellesskap med en som har samme tro. Ofte vil det være riktig at slike behov



dekkes av sykehuspresten når det gjelder innlagte pasienter eller av en menighetsprest/pastor for pasienter som ikke er innlagt. En lege som er trygg i sin egen tro vil imidlertid også kunne dekke åndelige behov hos pasienten. Fordeler ved at legen selv ivaretar disse behovene vil være at man slipper ventetid og at pasienten slipper å introdusere problemstillingen - som gjerne kan være sammenvevet bio-psyko-sosio-spirituell - for enda en person. Det er viktig at helsepersonell som er kristne ikke tar en rolle som sykehusprest. Imidlertid kan det være hensiktsmessig at pasienten får små hint om hvor legen står trosmessig. Dette kan skje gjennom bevisst bruk av såkalte "faith flags". Disse kan være å bære religiøse symboler, ha en bibel i bokhyllen, "tilfeldig" nevne "da jeg var på vei til kirken" eller lignende. "Faith flags" forventer ikke en respons fra pasienten, men åpner for at pasienten – dersom han/hun ønsker det – kan ta opp spørsmål om tro.

- *Synes du det er riktig for helsepersonell å vise pasienter hvilken tro man har?*
- *Er det noen faith flags "du synes det er naturlig for deg selv å bruke?"*
- *Kan faith flags "også ha en funksjon overfor kollegaer og annet helsepersonell?"*

Vi kommer stadig oftere i kontakt med pasienter som har en annen kulturell og/eller religiøs bakgrunn enn vår egen. Dersom man har for vane å kartlegge den åndelige/eksistensielle dimensjonen, vil man også avdekke åndelig/eksistensielle problemer hos pasienter som tilhører en annen religion.

- *Er det riktig av helsepersonell som tilhører en religion å drøfte åndelig/eksistensielle problemer med en pasient som tilhører en annen religion?*
- *Hvordan vil du håndtere situasjonen dersom en pasient forteller at han er redd for Allahs dom eller redd for hva han kan bli reinkarnert som?*