

Er det rom for livssynstemaer i dagens psykisk helsearbeid?

Is There Room for Spirituality in Mental Health Care?

► **Background:** Spirituality has traditionally been a taboo within mental health. We need to develop our understanding of how to meet these pertinent issues among people with mental problems.

Purpose: The purpose of this survey was to learn from mental health professionals' experiences with spirituality during their encounters with patients.

Method: The study has an explorative, descriptive, qualitative design. Data were collected from two focus group interviews, which were thematically analysed.

Main results: Comprehensive understanding: Spirituality is not a legitimate theme within mental health care. Four meaning themes were found: Various concepts were used to describe spirituality; To meet the other where he is; The balance between private or professional; Knowledge and reflection create security and courage to address spiritual themes.

Conclusion: Spirituality is not often a theme in mental health care, and this can result in concealed practices. We call for stronger focus on such topics during education and professional training.

Keywords: focus group interviews, mental health professionals, psychiatric treatment, spirituality, worldview

Lisbet Borge og Elisabeth Mæland

Lisbet Borge
VID vitenskapelige høgskole
Førsteamanuensis, Fakultet for helsefag, studiested Diakonhjemmet
lisbet.borge@vid.no

Elisabeth Mæland
VID vitenskapelige høgskole
Høgskolelektor, Fakultet for helsefag, studiested Diakonhjemmet
elisabeth.maeland@vid.no

Introduksjon

Forholdet mellom psykisk helse, religion og åndelighet har tradisjonelt vært neglisjert og lite omtalt i utdanning og psykiatrisk praksis

(1, 2, 3). Den største påvirkningen antas å komme fra Sigmund Freud. Hans forståelse var at uheldig religiøs påvirkning kunne føre til hysteri og nevroses, og at religion var ut-

trykk for en kollektiv tvangsnervose (4, 5). Freud har hatt stor innflytelse i vår vestlige kultur og faget psykiatri, noe som kan være en forklaring på at fagfolk har vært tilbakeholdne med å tilnærme seg livssynsspørsmål i praksis, og for å unngå at pasientene ble påvirket av religiøse holdninger. Dette har blitt oppfattet som føringer om nøytralitet, og det er blitt et tabuområde (5). Psykisk helsearbeid er et begrep som ble lansert i Opptrappingsplanen for psykisk helse (6) som en erkjennelse av at den psykiatriske sykdomsmodellen har begrenset nytte og verdi i arbeidet med mennesker med psykiske helseproblemer. Det ble påpekt at personer med psykiske lidelser skal forstås som hele mennesker med kropp, sjel og ånd, og det skal tas hensyn til den enkeltes åndelige og kulturelle behov. Endringen viser at dette er et tverrprofesjonelt utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt som omfatter alle deler av helsetjenesten. Dette innbefatter behov for utvikling av en tverrfaglig kompetanse innen livssynsspørsmål (7).

Studier rapporterer både positive og negative holdninger til livssynsspørsmål hos flere profesjonsgrupper innen psykisk helse, og disse spørsmålene er ofte forsømt i pasientenes behandlingsplaner (8). De positive holdningene er ofte knyttet til ønsket om å utøve et holistisk perspektiv (1). Negative holdninger kan være uttrykk for at profesjonelle er engstelige for å inkludere livssynsspørsmål grunnet bekymringer for egne faglige og personlige grenser, og mulige skadelige effekter på allerede sårbare pasienter (9). Tidligere bruker Sigrun Tømmerås (10) har vært opptatt av

denne problematikken. Hun mener at religion kan være kilde til psykiske problemer, men også en viktig menings- og identitetsskaper. Hun er bekymret for den manglende oppmerksomheten livssystemaer har i de ulike profesjonsutdanningene. Lignende bekymringer har vært tematisert hos flere profesjonsgrupper de siste årene, og det etterlyses mer undervisning og trening i å møte livssynsspørsmål i praksis (2, 4, 11).

Undersøkelser viser at religiøs tro kan være beskyttende mot belastende livshendelser (4). Samtidig kan det også være vanskelig å vurdere om religiøs tro fremmer helse, spesielt når den psykiske tilstanden er preget av alvorlige symptomer som gjør det vanskelig å fastslå hva den eksistensielle krisen handler om (3, 4). De gode erfaringene med religiøs tro er ofte knyttet til en god terapeutisk allianse. Dette kan bidra til å fremme mestring, mening, håp og positive endringsprosesser (12). Pasienter ønsker at livssystemaer blir tydeligere inkludert i terapiprosessen, men helsepersonell kjenner seg ofte ukomfortable i møte med disse behovene og unngår derfor ofte å respondere på dem (9, 13).

I de siste årene har fagfeltet psykisk helse begynt å ta inn impulser fra ulike fag og profesjoner, og nyere studier viser at det har skjedd en holdningsendring fra å diskutere *om* livssystema skal inkluderes i terapi til *hvordan* det kan bli inkludert (14). Det etterlyses flere kvalitative studier som kan gi dypere kunnskap om helsepersonells forståelse av og holdninger til hvordan livssynsspørsmål kan møtes i tverrfaglig praksis (4, 14). Disse utfordringene bekrefter et behov for be-

grepsavklaring, teoriutvikling og forskning på betydningen av livssyn, mening og religiøsitet, og hvilke praksiser som kan tenkes å være relevante for å imøtekomme behovene hos mennesker med psykiske helseproblemer (15).

Ulike begreper brukes om livssynstemaer i litteraturen. I den internasjonale religionspsykologiske litteraturen brukes vanligvis begrepene *spirituality* og *religion*. Begrepene brukes om hverandre, og skillet mellom dem er ikke klart (15). Religion involverer tro, atferd, etikk, moral og seremonier, både i private (personlige) og offentlige sammenhenger. Religiøs tro har ulike former for praksis og ritualer relatert til det transcendent, til Gud og Allah i vestlige tradisjoner eller til for eksempel Buddha og Dao i østlige tradisjoner (15). I norsk sammenheng oversettes ofte begrepet *spirituality* med begrepet *åndelighet*, som lett kan bli forstått som tilhørighet til en religion, noe det ikke nødvendigvis er avgrenset til. Åndelighet forstås ofte som noe bredere og mer generelt enn religiøsitet, for eksempel som en dimensjon som gir livet mening: at man er opptatt av livets grunnleggende spørsmål om mening og hensikt, og er åpen for at det er mer i livet enn det vi ser og fullt ut kan forstå (16). *Livssyn* har vanligvis vært forbundet med menneskers forståelse av livet og døden, menneskesyn, mening og hva som er vesentlige grunnleggende verdier for den enkelte (17). I det nordiske religionspsykologiske miljøet argumenterer Lars Danbolt (16) for at *livssyn* (worldview, philosophy of life) bør brukes som et samlende og overordnet begrep siden livssynet ikke bare er knyttet

til religiøse forestillinger, men også til erkjennelsesforhold uten religiøs tro. Livssyn kan psykologisk forstås som en referanse for personens globale meningssystem: som systemet den enkelte forstår livet, og meningen med dette, i lys av. I denne studien blir denne forståelsen lagt til grunn.

Hensikten med artikkelen er å beskrive hvordan helsepersonell i psykisk helsearbeid forstår og arbeider med brukeres livssynsspørsmål. I artikkelen fokuseres det på følgende forskningsspørsmål: 1) Hvilke ord og begrep knyttes til livssyn i psykisk helsearbeid, og hvilke erfaringer har helsepersonell med livssynsspørsmål i praksis? 2) Hva kan bidra til at helsepersonell kan møte brukeres livssynsspørsmål på en god måte?

Metode og design

Vi benyttet utforskende deskriptivt kvalitativt design og samlet inn data ved hjelp av to fokusgruppeintervjuer der forskerrollen var av en utforskende karakter. Fokusgruppeintervju ble valgt fordi det er godt egnet når man ønsker å få fram meninger og refleksjoner om et gitt tema (18). Fordelen er at interaksjonen i en fokusgruppe kan åpne for en bred og åpen diskusjon som kan utløse flere assosiasjoner, oppfatninger og nyanser. Vi antok at dette kunne ivareta hensikten med vår studie og bidra til et rikere datamateriale enn individuelle intervjuer.

Utvalg

Studenter ved tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid ved VID vitenskapelige

høgskole ble valgt som informanter siden de alle arbeider i fagfeltet under den toårige deltidsutdanningen. Rekrutteringen foregikk ved å invitere alle aktuelle studenter ved et kull høsten 2014. Ti av 30 studenter meldte interesse for å delta i intervjuet. Av praktiske grunner kunne bare syv studenter delta på intervjutidspunktet, seks sykepleiere og en barnevernspedagog. Alle var kvinner med en gjennomsnittsalder på 45 år (spredning 33–60). To arbeidet i spesialisthelsetjenesten, en i en bykommune og fire i landkommuner i førstelinjetjenesten. De hadde i gjennomsnitt 18 års praksis etter bachelorutdanning (spredning 4–33 år).

Gjennomføring

Deltagerne ble av praktiske hensyn fordelt i to grupper med henholdsvis fire og tre deltagere. Av hensyn til gruppeprosessen anbefales det at ikke gruppestørrelsen er under fire deltagere (19), men gruppen på tre deltagere ble likevel gjennomført da forskerne mente at disse kunne bidra vesentlig. Den første gruppen møttes på dagtid i arbeidstiden, mens det andre gruppeintervjuet ble gjennomført på ettermiddagstid i forbindelse med en undervisningssamling. Intervjuene ble gjennomført i høgskolens lokaler. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført henholdsvis med to intervjuere (1. og 2. forfatter) i det første intervjuet og en (1. forfatter) i det andre. Hvert intervju varte 1,5 time. Intervjuene var semistrukturerte, og det var utarbeidet en intervjuguide på bakgrunn av forskningsspør-

målene, mens oppfølgingsspørsmål ble fulgt opp eksplorativt. Intervjuguiden fokuserte på følgende spørsmål: hva forstår deltagerne med livssyn, eksempler på ord og begreper de anvender i samtaler med brukere, positive og negative erfaringer i møte med brukere og kolleger, og hva som kan bidra til at de kan møte brukeres livssynsspørsmål på en god måte. Begge gruppeintervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett.

Etiske hensyn

Undersøkelsen ble gjennomført som en mindre pilotstudie, som et ledd i utviklingen av forskningsprosjektet «Livssynskompetanse i profesjonell praksis» ved høgskolen. Førsteforfatter, som var fagansvarlig for videreutdanningen, utarbeidet et informasjonsskriv og ga også deltagerne muntlig informasjon om studien. Det ble også informert om at 2. forfatter, som var ansatt ved høgskolen, men ikke i den aktuelle utdanningen, skulle være med i intervjuet. Alle ga skriftlig samtykke til deltakelse og at resultatene kunne publiseres offentlig. Alle deltagerne fikk utskrift av intervjuene. Persondata knyttet til deltagerne, deres arbeidssted og pasienter/brukere er ikke nedtegnet. Det er kun deltageres faglige erfaringer og meninger som har vært gjennstand for beskrivelser og analyse, og deltageres konfidensialitet er sikret ved at opplysningene er behandlet fortrolig og ikke knyttet til person eller arbeidssted. Studien er av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) ansett å være av ikke-personsensitiv art.

Analyseprosess

Vi valgte å følge Graneheim og Lundmans tematiske innholdsanalyse (19). Det innebærer etablering av helhetlig forståelse og identifisering og kondensering av mening. Hvert gruppeintervju ble gjennomlest flere ganger for å få et helhetsinntrykk og analysert hver for seg av begge forfatterne. Meningsbærende enheter som var sentrale tekstelementer som utpekte seg i materialet, ble kategorisert og ekstrahert til kortere formuleringer. Enheter med fellestrekk ble ordnet under meningsbærende enheter og dannet grunnlag for temaer og undertemaer nært opp til informan-tenes svar. Det ble søkt etter både felles og ulike erfaringer i datamaterialet fra hvert fokusgruppeintervju, og utsagnene ble i etterkant samlet tematisk for å få en bredest mulig beskrivelse av hele datamaterialet. Resultatene ble også validert ved at transkripsjonene ble lest og kommentert av tre forskere i vår interne forskergruppe, og foreløpige resultater ble diskutert i fellesskap. Den interne sammenhengen ble vurdert som troverdig. Prosessen gjorde det mulig å identifisere en helhetsforståelse og med fire meningsbærende temaer.

Resultater

Resultatene av analysen presenterer først studiens helhetsforståelse og deretter fire meningsbærende temaer som sammenfatter de syv deltagerne erfaringer med livssynsspørsmål i psykisk helsearbeid. Det er viktig å bemerke at deltagerne også samtidig var deltidsstudenter i en videreutdanning i psykisk

helsearbeid på en diakonal høgskole, noe som kan ha medvirket til at de var spesielt opptatt av verdispørsmål i sin praksis.

Helhetsforståelse: Å snakke om livssyn er ikke legitimt

Gjennom utdanning, yrkesliv og nåværende arbeidsplasser var deltagerne opplært til at religion og politikk ikke skulle tematiseres med brukere. En deltager sa følgende: «Nå, på dagsenteret vårt der skal man ikke snakke om sykdom, ikke religion, ikke politikk. Det er vedtatt. Det er fordi det er så mange som blir urolige.»

Deltagerne hadde erfaringer med at innkomstnotatet i den elektroniske journalen på det psykiatriske sykehuset som omhandlet punktet: «Er det spesielle sider ved pasientenes livssyn det skal tas hensyn til?», ofte var besvart med «Vet ikke, har ikke spurt». Det styrket antagelsen om at det var få ansatte som tok opp dette spørsmålet med brukere, og at det fortsatt ble neglisjert, slik en deltager opplevde det: «Vi henger igjen i gamle tabuer, det er ikke legitimt.» Deltagerne var utrygge på hvordan de skulle møte livssynsspørsmål i praksis, også fordi det ble lite diskutert, slik en sa: «Jeg tror ikke en gang at vi har drøftet det på min arbeidsplass, jeg. Det er liksom et ikke-tema.» Siden det ble så sjelden berørt, ble det oppfattet som et tabuområde, og det kunne være utfordrende å komme på banen og utfordre meninger og holdninger blant kolleger, slik en sa: «Selv om jeg noen ganger kan kjenne at jeg er uenig, så koster det litt å utfordre de holdningene som er etablert. Det er litt skummelt.»

Tema 1: Livssyn – å ha mange navn på det unevnelige

En deltager sa følgende om hva slags ord og begrep hun anvendte i møte med brukere om livssynsverdier: «Jeg vil jo tenke at det handler om religion og livssyn, og at begge aspektene handler om det som har med åndelighet, verdier, livssyn og sånn, det er kanskje litt høytidelig for oss, liksom.»

Det høytidelige handlet om at religion og livssyn ble oppfattet som noe subjektivt, abstrakt og flytende. Deltagerne brukte ordet *det* som et uttrykk for det abstrakte, og som forklaring på at mange brukere har sin egen måte å tro på, som også kunne være annerledes enn deres egen. En deltager sa: «Mange (pasienter) synes jeg snakker om *det*, som noe som har vært viktig i livet, som har vært en støtte i livet, eller de har hatt en bestemor som har bedt eller et eller annet. Det er noe som hjelper dem gjennom vanskeligheter da.»

Dette *noe* ga gjenkjennelse og opplevelse av en dypere mening med livet. Å møte pasientene på deres egen forståelse, være lydhøre og mer åpen i samtalen ble vektlagt, slik en beskrev: «Jeg sier i hvert fall ikke at nå skal vi prate om det eksistensielle. Da tror jeg folk hadde besvimt. Vi prater om liv og død, vi prater om livet. For det omfatter både det å leve og det å dø, verdier, religion, spørsmål ved livet.»

Livssyn ble primært oppfattet som religiøse og åndelige verdier, tro og tilhørighet, men også som eksistensielle temaer som identitet, seksuell legning, mening og å ha verdi. Deltagerne beskrev pasienter som fant trøst og mening gjennom å ha en tro under ulike former

for kriser. De ga eksempler på hvordan de etterspurte livssyn hos brukere: «Er livssyn viktig for deg?», «Tror du på en gud?», «Har det alltid vært viktig for deg eller er det særlig nå?» og «Er det noe ved livssynet ditt vi skal ta hensyn til her?». Informantene var opptatt av at spørsmålene ikke skulle vekke skam hos brukere, slik en sa: «Det har noe med å bruke begreper som ikke gjør at en påfører skam også.» Deltagerne ga her uttrykk for at de mente det var viktig å etterspørre livssyn, men samtidig ga de også uttrykk for at livssynsspørsmål ikke er nøytrale, og at de var klar over at temaet kunne vekke reaksjoner og følelser hos den enkelte bruker.

Tema 2: Å møte den andre der hvor den andre er

Deltagerne beskrev erfaringer fra situasjoner der brukere skånet dem for å snakke om livssynsspørsmål, slik en sa: «... det er veldig sånn, de føler seg fram. Og så går de vel videre ut fra hvordan vi responderer, eller hvordan de opplever at vi tar det imot.» Andre ganger hadde de utfordret seg selv til å møte den andres livssynsbehov, slik en beskrev det: «Og så tenker jeg bare å ta den andre på alvor, og gi lov til å prate, i stedet for å si at 'nei dette kan jeg ikke prate med deg om, dette har jeg ikke tid til, dette er ikke mitt felt.'» Ved å la den andre komme til orde, uavhengig av hva slags livssyn en selv har, så mente de at det ga uttrykk for respekt og å være like mye verdt. Deltagerne begrunnet sin forståelse for at det åndelige perspektivet måtte være med ut ifra et helhetlig perspektiv, noe som ble ansett som en etisk plikt. Det innebar å ha respekt

for brukerens annerledeshet og det han står for, det kulturelle og å forstå brukerens opplevelse av mening i den psykiske lidelsen. Å møte psykotiske pasienter som strevde med å finne mening og sammenheng, ble opplevd som utfordrende, særlig når religiøs problematikk ble synlig. På den annen side var det viktig å møte følelsene og tankene sammen med pasienten, slik en sa: «Jeg tror ofte at hvis du ikke får luftet dette med noen, så blir det tabu, skyld og skam, slik at det kan forsterke følelsen av identitetsopløsning.»

Deltagerne ga eksempler fra situasjoner hvor psykotiske pasienter hadde formidlet religiøse og eksistensielle tanker. De oppfattet disse erfaringene som «normale» og hadde derfor ikke formidlet disse videre til kolleger, slik en beskrev det: «Ja, han er jo oppvokst med denne troen [...], men vi demper det jo både med medisiner og korrigerer.» Sitatet kom som uttrykk for bekymringer om at de religiøse uttrykkene kunne bli sykeliggjort, og at det kunne medføre at pasientene ble ytterligere medisinerert og korrigert på deres atferd. Deltagerne erfarte at ved å legge vekt på det pasienten opplevde som viktig for seg, kunne dette bidra positivt i pasientenes tilfriskningsprosess. Det åndelige kunne også bli en ressurs ved at man fant noe godt og meningsfullt i livet, slik en hadde erfart det: «At man da sier at de har klart å finne styrke i en tro på en Gud, og til og med en god Gud, det har gjort voldsomt inntrykk på meg, for det synes jeg er ganske sterkt.»

Deltagerne formidlet en dyp respekt for brukerne i forhold til å anerkjenne deres ulike former for livssynsspørsmål på følgende må-

te: «Vi må lytte og være undrende og anerkjenne det de sier.» Deltagerne beskrev at de snakket mer med brukere om deres religiøse erfaringer og livssynsspørsmål enn de gjorde med andre kolleger. Å stå opp for brukernes behov kunne være vanskelig grunnet lite støtte fra kolleger og opplevelse av å berøre et tabuområde, noe som kunne medføre en form for skjult praksis i kollegafellesskapet.

Tema 3: Balansegangen mellom å være privat og personlig i profesjonsrollen

Deltagerne beskrev erfaringer fra situasjoner der de hadde fått direkte spørsmål fra brukere som: «Tror du på Gud?», «Tror du på Jesus?». En deltager fortalte hvordan hun møtte slike spørsmål:

...og så svarer jeg kanskje litt rundt på det. Vi har jo lært at det ikke skal være fokus på oss. Så sender vi spørsmålet tilbake [...]. Det kan godt hende jeg tenker: Opplevs det veldig avvisende? Opplevs det som at dette er det ikke lov til å snakke om her? Det kan man jo undre seg over, fordi det ikke er så legitimt å si hvor vi selv står, og det skal ikke være fokus på vårt eget livssyn.

Deltagerne var opptatt av hvem de beskyttet når de fikk disse spørsmålene. Noen ganger beskyttet de seg selv fordi enkelte pasienter «gravde» i deres privatliv. De mente at de kanskje også beskyttet seg unødig fordi de var usikre på hva de skulle svare eller var redde for å få kritikk av kolleger. Deltagerne reflekterte over «helsekulturens» normer om å skil-

le mellom den private og profesjonelle rollen og konsekvenser av dette, slik en sa:

Men jeg er ikke sikker på om det nødvendigvis skaper så mye usikkerhet eller skader den andre om det skinner igjennom litt hvilket verdigrunnlag jeg har. Jeg tenker at det heller kan skape trygghet, for eksempel i møte med en ateist eller muslim kan vi møte hverandre tryggere.

Deltagerne reflekterte over sin egen rolle og erkjennelsen av egen usikkerhet, og den manglende legitimiteten livssynsspørsmål hadde i deres praksis. Dette utfordret den personlige siden i profesjonsrollen.

Tema 4: Kunnskap og refleksjon skaper trygghet og mot i livssynsspørsmål

Deltagerne mente at livssystema burde være et obligatorisk emne i videreutdanningen for å øke kunnskap og refleksjon omkring temaet og for å sikre at studenter som ikke var interessert i temaet, valgte det bort. De begrunnet dette med at «kunnskap gjør oss tryggere», noe som var viktig for å kunne møte brukeres livssynsspørsmål på en god måte. En annen deltager sa: «Jeg har opplevd å være helt rådvill, og ikke se sammenhenger, og denne utdanningen har gitt meg knagger å henge noe på. Nå ser jeg sammenhengen.» Opplevelse av sammenheng ble knyttet til undervisningstemaer om relasjonskompetanse, anerkjennelse, eksistensialisme og filosofi. De etterlyste mer teoretisk kunnskap om ulike former for religiøse og ikke-religiøse livssyn, også fra ulike kulturer, for å kunne møte disse

utfordringene bedre i praksis. Deltagerne mente at avklaring av eget livssyn hadde betydning for å våge å møte livssynsspørsmål fra brukere. Enkelte av deltagerne hadde en familiebakgrunn der livssynsspørsmål hadde blitt diskutert. Andre hadde fått tematisert eget verdi- og livssyn gjennom sin bachelorutdanning. For å bli i stand til å møte ulike brukeres behov beskrev de betydningen av å reflektere over egne følelser og reaksjoner i forhold til tro og livssyn, slik en uttalte: «Jeg tror jeg ikke klarer å møte folk helt hvis vi er veldig ureflektert i forhold til dette her. Det merker de jo med en gang, disse pasientene. Jo mer avklart forhold man har til sine egne følelser, jo tryggere og bedre er du i møte med andre.»

Å delta i et fokusgruppeintervju ble erfart som bevisstgjørende: «Man blir jo klokere av å sitte og snakke om dette her, så det er jo en måte å komme videre på. Vi trenger jo ikke kalle det et fokusgruppeintervju, men vi kan sitte og reflektere rundt temaet, på våre arbeidsplasser, kanskje.»

Deltagernes beskrivelser viser behov for teoretisk kunnskap om livssyn og refleksjon over eget livssynsmessig ståsted sammen med andre kolleger. På den måten kan helsepersonell få et større handlingsrepertoar i møte med brukeres livssynsspørsmål.

Diskusjon

Studien er eksplorativ med et lavt antall deltagere fordelt på to fokusgrupper i en lokal kontekst. Helsepersonell, som også var studenter ved en diakonal høgscole, ble rekruttert for å

utforskelivssynstemaer i psykisk helsearbeid. Verken forskerne eller deltagerne var kjent med hverandres livssyn. Høgskolens diakonale profil, og at interne ansatte gjennomførte studien, kan imidlertid ha påvirket resultatene. Nærhet til forskningsfeltet kan være en styrke, men også en svakhet, som krever refleksjon over forskernes for forståelse (20). Førsteforfatter var kjent for deltagerne siden hun også var fagansvarlig for utdanningen. Forskerens tilstedeværelse kan ha påvirket forskningsresultatene ved at deltagerne ble mer bundet, eller ved at de trakk fram det de trodde ble forventet av dem. Teoretiske perspektiver, bevisstgjøring underveis og etter intervjuene og refleksjon over forskningsprosessen ved hjelp av andre kolleger bidro til å støtte opp under den nødvendige distansen. Selv om resultatene har begrensninger, har deltagerne stemmer troverdighet i overensstemmelse med resultater fra lignende studier (8, 9, 21).

Studiens helhetsforståelse, «Å snakke om livssynstemaer er ikke legitimt», viser deltagerne opplevelse av at livssynsspørsmål fortsatt har liten plass i dagens psykisk helsearbeid. Dette er forenlig med andre studier (1, 2, 3, 4). Våre deltagere beskrev en vegring mot å snakke om livssynstemaer med kolleger, men ønsket likevel mer oppmerksomhet på livssynsspørsmål i praksis, særlig i det tverrfaglige kollegafellesskapet. Selv om det nå er større anerkjennelse for religiøse spørsmål i psykiatriske institusjoner, er det fortsatt holdninger som kan oppleves som problematiske (8, 9). I en tysk surveystudie ble psykiatere og psykiatriske sykepleiere spurt om deres holdninger

til å dele ulike livssynsspørsmål med pasienter under innleggelsen. Halvparten av respondentene svarte at de ikke ønsket å ta initiativ til dette. Dette ble begrunnet med ønsket om profesjonsnøytralitet, at de hadde for lite tid, at det var ikke deres ansvar, og at de hadde for lite kompetanse. Samtidig ble det rapportert at de var empatiske og lyttende når pasientene selv tok initiativ til å snakke om livssynsspørsmål (9). Studier viser at innlagte pasienter savner initiativ til samtaler om livssynsspørsmål fra helsepersonell. Når det ikke skjer, oppleves det som at deres behov ikke blir prioritert eller usynliggjort med mindre de selv bringer dette på banen (12, 13). For å unngå at livssynstemaer skal bli skjult i praksis, er det viktig at helsepersonell våger å snakke om disse spørsmålene i et faglig kollegafellesskap og selv reflektere over dem (22). Når livssynsspørsmål oppfattes som lite legitimt av helsepersonell, vil også pasientene kunne oppleve det samme. Dette kan føre til at livssynsbehov blir usynliggjort i praksis (2,4).

Våre deltagere knyttet livssyn både til religiøse, åndelige og eksistensielle begreper. Tilsvarende er funnet i andre studier av tverrprofesjonelle innen psykisk helse (7). Innholdet i deltagerne forståelse kan synes å være i samsvar med Danbolts (16) anbefaling om å anvende *livssyn* som et samlet overordnet begrep framfor religion eller åndelighet siden livssyn rommer mange sider ved livets eksistens og mening. På den annen side ble også livssyn oppfattet som noe abstrakt og unevnelig, og deltagerne var opptatt av at begrepene ikke skulle påføre brukerne følelser

som skam. De foretrakk derfor en åpen måte å tilnærme seg livssynstemaer på ved å bruke ordet *det* eller å snakke om *livet*.

Selv om det var flest sykepleiere i vår studie, ble begrepet «åndelig omsorg» ikke spesifikt nevnt. Dette er tankevekkende siden åndelig omsorg har vært trukket fram som en del av sykepleierens profesjonelle omsorg (23). Åndelig omsorg har muligens vært knyttet mer opp til somatisk praksis. Innen psykisk helsearbeid etterlyses det begrepsavklaringer om hva livssynsbegrepet innebærer, spesielt i avgrensningen inn mot psykiske lidelser, noe som kan bidra til å inkludere brukeres behov i et helhetlig perspektiv (4, 15). Deltagerne beskrev flere eksempler fra møter med brukere hvor ulike livssynsspørsmål var tema. Det sentrale i holdningen var å møte den andre «der hvor den andre var», det vil si å møte folk på deres egne premisser. Dette krevde en åpen og spørrende holdning. Det innebar at også psykotiske pasienter skulle møtes på deres egne premisser. Deltagerne ønsket i størst mulig grad at livssynsuttrykk ble forstått som «normale» reaksjoner og var redd for at pasientene kunne bli mer medisinerert hvis ansvarlig behandler fikk informasjon om pasientenes religiøse og livssynsmessige uttrykk. De begrunnet sin holdning med ønsket om å praktisere et helhetlig menneskesyn. For å kunne praktisere dette ser det ut til at deltagerne velger å gå i allianse med pasientene istedenfor med andre ansatte. Deltagerne hadde erfaringer med at det kunne være faglig og etisk utfordrende å møte psykotiske pasienters livssynsspørsmål, men dette ble ikke problematisert ytterligere. En

nylig publisert kvalitativ studie bekrefter betydningen av å ha åpenhet om trosspørsmål med psykotiske pasienter, og at religiøse spørsmål må tas inn i terapien. Religiøs fortolkning av hallusinasjoner viste seg å være viktig i pasientenes meningsskapende system og for å kunne hjelpe pasientene å evaluere funksjonen av religiøsitet i deres eget liv (24).

Et interessant funn i vår studie var deltagerne opplevelse av «helsekulturens» verdigrunnlag om verdinøytralitet og deres usikkerhet i forhold til å skille mellom å være personlig og privat i profesjonsrollen. Ideen om verdinøytralitet har vært løftet fram som betydningsfullt i terapeutrollen og i profesjonsrollen. Prinsippet om verdinøytralitet verdsetter å hjelpe brukerne på egne premisser og på basis av faglig kunnskap. Men dette idealet kan ha negative virkninger når verdinøytralitet hos terapeuten blir koblet til privatisering av personlige verdier, som for eksempel at terapeuter ikke skal vise engasjement og unngå å være personlige (25). Larsen (26) refererer til studier som viser at mange terapeuter ikke er «nøytrale» i sitt forhold til religion, men har personlig erfaring med å aktivt ha forlatt sin tro. Han hevder at dette kan medføre et emosjonelt engasjement i terapeuten, som kan føre til motoverføringsproblematikk og i verste fall et fiendskap overfor pasienten som resultat. Studier viser at usikkerhet med livssynsspørsmål kan bidra til at en unnlater å se disse behovene hos pasientene. Frykt for å vise inkompetanse kan også være en forklaring på denne usikkerheten (9). Raffay (22) anbefaler at helsepersonell selv gjør seg opp en mening om livssyns-

spørsmål for å kunne ha en åpen og ærlig dialog med brukere, da dette styrker helsearbeideres integritet. Deltagerne etterlyste mer obligatorisk undervisning og trening i utdanningen for å kunne møte livssynsspørsmål fra brukere på en god måte. Ved å bli mer bevisst eget livssynsmessig ståsted mente de at det kunne bidra til økt trygghet i møte med dem. Livssynsspørsmål er lite omtalt i sentrale pensumbøker innen psykisk helse og psykiatri og er etterlyst av flere profesjonsgrupper (27). Studier viser at ulike profesjoner mangler kunnskap og at de ikke føler seg kompetente til å møte og verbalisere livssynsspørsmål i praksis (28). Det savnes også språk for hvordan disse spørsmålene kan tematiseres på en nyttig måte i terapi, spesielt i møte med personer med vrangforestillinger (14, 24). Pasienters virkelighetsoppfatning kan lett bli diagnostisert som patologi (5). Helsepersonell kan være både usikre, lite sensitive og mangle kompetanse om kulturelle og sosiale faktorerens betydning. Derfor er det også pekt på behovet for å tilføre helsepersonell transkulturell kunnskap for å øke bevisstheten om kultursensitivitet som kan hjelpe dem til å identifisere og forstå pasientens behov for tilhørighet, identitet, verdi, tilknytning og eksistensiell mening (29). Konkrete utdanningsprogram i livssynskompetanse innen psykisk helse kan også være et bidrag i denne sammenheng. Sykepleiere som hadde gjennomført et utdanningsprogram i livssynstemaer i Storbritannia, rapporterte at de fikk økt kunnskap og kompetanse til å møte brukeres livssynsbehov. Dessuten ga refleksjoner over eget livssyn og verdigrunnlag økt verdi-

bevissthet og et større språklig handlingsrepertoar i møte med brukerne (28).

Konklusjon og implikasjoner for praksis og forskning

Hovedinntrykket i studien er at livssynstemaer fortsatt har liten legitimitet i psykisk helsearbeid. Dette kan medføre en skjult praksis. Deltagerne knyttet sin forståelse av livssyn til religiøse, åndelige og eksistensielle begreper. De valgte en åpen måte å tilnærme seg livssynstemaer på ved å bruke ordet *det* eller å snakke om *livet*. Det ble snakket lite om livssynstemaer med kolleger. Betydningen av å møte og verbalisere livssynsspørsmål ble understreket som viktig for å arbeide i samsvar med et helhetlig perspektiv og en etisk god praksis. Den etiske praksisen handlet om å møte den andre der hvor han eller hun er ved å vise respekt og ta brukeren på alvor. Å snakke om livssyn i praksis utfordret balansen mellom å være privat og personlig siden de var opplært til profesjonsnøytralitet i terapeutrollen. For at helsepersonell kan møte brukeres livssynsspørsmål på en god måte, etterlyste deltagerne mer kunnskaper og ferdigheter gjennom videreutdanning for å få økt kompetanse og verdibevissthet. Refleksjon over livssynstemaer sammen med medstudenter i en gruppe bidro til nyttig refleksjon over egne holdninger og egen praksis. Studien bekrefter betydningen av videre forskning for å tydeliggjøre innhold i livssynsbegrepet og konsekvenser for praksis innen psykisk helsearbeid. Dette kan bidra til å inkludere brukeres behov i et helhetlig perspektiv.

Referanser

1. Chidarikire S. Spirituality: The neglected dimension of holistic mental health care. *Advances in Mental Health* 2012; 10(3): 298–302.
2. Reme SE, Berggraf L, Andersen N, Johnsen TB. Er religion neglisjert i psykologutdanningen? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2009; 46: 837–842.
3. Dura-Vilaa G, Haggerb M, Deinc S, Leavey G. Ethnicity, religion and clinical practice: a qualitative study of beliefs and attitudes of psychiatrists in the United Kingdom. *Mental Health, Religion & Culture* 2011; 14(1): 53–64.
4. Neil S, Weatherhead S. Religion in inpatient mental health: a narrative review. *Mental Health Review Journal* 2014; 19(4): 221–236.
5. Belzen, JA. Spirituality, culture and mental health. Prospects and risks for contemporary psychology of religion. *Journal of Religion and Health* 2004; 43(4): 291–316.
6. St.prp. nr. 63 (1997–98). Om Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
7. Challahan AM. Key concepts in spiritual care for hospice social workers: How an interdisciplinary perspective can inform spiritual competence. *Social Work & Christianity* 2015; 1(42): 43–62.
8. Parkes M, Gilbert P. Professional's calling: Mental healthcare staff's attitudes to spiritual care. *Implicit Religion* 2011; 14(1): 23–43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1558/imre.v14i.23>.
9. Lee E, Zahn A, Baumann K. Religiosity/spirituality and mental health: Psychiatric staff's attitudes and behaviors. *Open J of Social Sci* 2014; 2: 7–13. DOI: <http://dx.doi.org/10.4236/jss.2014.211002>.
10. Tømmerås S. Gud i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2011; 3(8): 244–248.
11. Ulland D, Demarinis V. Understanding and working with existential information in a Norwegian adolescent psychiatry context: a need and a challenge. *Mental health, religion & culture* 2014. <http://dx.doi.org/10.1080/13674676.2013.871241>.
12. Hodge DR, Horvath VE. Spiritual needs in health care settings: A qualitative meta-synthesis of clients' perspective. *Social Work* 2011; 56(4): 306–316.
13. Koslander T, Lindström U-Å, Barbosa da Silva A. The human being's spiritual experiences in a mental healthcare context; their positive and negative meaning and impact on health – a hermeneutic approach. *Scan J Caring Sci* 2013; 27: 560–580.
14. Hefti R. Integration religion and spirituality into mental health care, psychiatry and psychotherapy. *Religions* 2011; 2: 611–627.
15. Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *Psychology of Religion and Spirituality* 2008; 1: 3–17.

16. Danbolt LJ. Hva er religionspsykologi? Begrepsavklaringer i en nordisk kontekst. I: Danbolt LJ, Engedal LG, Stifoss-Hanssen H, Hestad K, Lien L, red. Religionspsykologi. Gyldendal Akademisk: Oslo; 2014.
17. Aadnanes PM. Livssyn. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
18. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
19. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to archive trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24: 105–112.
20. Coughlan D, Cassey M. Action research from the inside. Issues and challenges in doing research in your own hospital. *J Adv Nurs* 2001; 35: 674–782.
21. Sørensen M.T. Sindslidendes religiøsitet – sykdom eller ressource. *Klinisk Sygepleje* 2007; 1(21): 28–34.
22. Raffay J. Training the workforce in spiritual healthcare. *Mental Health, Religion & Culture* 2010; 13(6): 605–614.
23. Kuven BM, Bjorvatn L. Åndelig omsorg er en del av sykepleien. *Sykepleien* 2015; 9: 56–58.
24. Hanevik, H. The significance of religiousness in coping with psychosis. UIO: Faculty of Medicine; Dissertation for the Degree of PhD. 2016.
25. Leenderts T-Aa. Person og profesjon. Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014, 3.utg.
26. Larsen K. Utelatelse av religiøse og spirituelle faktorer i vurdering av selvmordsrisiko. *Suicidologi* 2013; 18(1): 10–17.
27. Borge L. Helhet og sammenheng – om å møte eksistensielle og åndelige behov hos mennesker med psykiske lidelser. I: Danbolt T, Nordhelle, G, red. Åndelighet – mening og tro. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2011.
28. Ledger P, Bowler D. Meeting spiritual needs in mental health care. *Nursing Times*. 2013; 109(9): 21–23.
29. Whitely R. Religious competence as cultural competence. *Transcultural psychiatry*. 2012; 49(2), 245–260.