



DET TEOLOGISKE  
MENIGHETSAKULTET

# Et resignert håp

- *Å gi alvorlig syke pasienter en reorientering av håpet ved livets slutt*

**Eivind Mollestad Nilsen**

**Veileder**

Prof. Gunnar Heiene

**Biveileder**

Universitetslektor Sjur Isaksen

*Spesialavhandlingen er gjennomført som ledd i utdanningen ved  
Det teologiske Menighetsfakultet og er godkjent som del av denne utdanningen*

Det teologiske menighetsfakultet, 2012, Høst  
AVH504: Spesialavhandling med metode (30 ECTS)

Cand. Theol

## Forord

Arbeidet med denne avhandlingen har vært både givende og utfordrende. God hjelp har vært avgjørende:

Jeg vil særlig takke mine veiledere prof. Gunnar Heiene og universitetslektor Sjur Isaksen, for konstruktive tilbakemeldinger, motiverende veiledninger og faglige innspill. Disse bidragene har vært viktige for oppgaven slik den foreligger.

Videre vil jeg takke mine studentkollegaer, særlig Gustav Kristoffer Schmidt og Bjørnulf Benestad for spennende diskusjoner, forpliktende studiefelleskap og gode pauser.

Til slutt vil jeg også takke mine foreldre, Karin Mollestad Nilsen og Arild Nilsen for nyttig korrekturlesning, motivasjon og faglige innspill.

## Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b>	<b>4</b>
1.1 <i>Bakgrunn og motivasjon</i>	4
1.2 <i>Tema</i>	5
1.3 <i>Avgrensning</i>	6
1.3.1 <i>Sjelesørgeren</i>	6
1.3.2 <i>Urealistisk håp</i>	6
1.3.3 <i>Helbredelse</i>	7
1.4 <i>Problemstilling</i>	7
1.5 <i>Metode og materiale</i>	9
1.5.1 <i>Materiale</i>	9
1.5.2 <i>Dokumentanalyse</i>	9
1.5.3 <i>Litteratur</i>	11
1.6 <i>Disposisjon</i>	12
<b>2 Teori om pasienter i møte med døden</b>	<b>13</b>
2.1 <i>Pasienters erfaring</i>	13
2.1.1 <i>Kübler-Ross modellen</i>	14
2.1.2 <i>Ulla Qvarnstrøm</i>	18
2.1.3 <i>En kort kommentar</i>	24
<b>3 Fortellinger</b>	<b>24</b>
3.1 <i>Susanne Carlenius</i>	24
3.1.1 <i>Ikke ta fra meg håpet</i>	25
3.1.2 <i>Når troen brister</i>	27
<b>4 Hva er håp</b>	<b>29</b>
4.1 <i>Håp i filosofi</i>	29
4.1.1 <i>Håp hos David Hume</i>	29
4.1.2 <i>Håp belyst utfra Kant og Kierkegaard</i>	30
4.2 <i>Håp i teologi</i>	32
4.2.1 <i>Leiv Aalens teologi om håp</i>	32
4.2.2 <i>Moltmanns håpsteologi</i>	35
4.2.3 <i>Oppsummering av håp i teologi</i>	44
4.3 <i>Håp i sykepleien</i>	46
4.3.1 <i>Håp hos mennesker med kreft</i>	48
<b>5 Sjelesørgerisk tilnærming</b>	<b>51</b>
5.1 <i>Åndelig omsorg og lengsler</i>	51
5.1.1 <i>Åndelige hoveddimensjoner</i>	52
5.1.2 <i>Lengsler</i>	54
5.2 <i>Døden og sjelesørgerens personkompetanse</i>	57
5.3 <i>Hva er målet?</i>	60
5.3.1 <i>Realitetsorientering</i>	60
5.3.2 <i>Kommunikativ kompetanse</i>	62
5.3.3 <i>Forsoning</i>	64
5.4 <i>Reorientering og resignasjon</i>	65
<b>6 Konklusjon</b>	<b>68</b>
6.1 <i>Sammenfatning og konklusjon</i>	68
6.2 <i>Utblick</i>	71
<b>7 Kilder</b>	<b>72</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn og motivasjon

Hjemme har vi snakket mye om å møte pasienter. Noen jager stadig etter et nytt alternativ når legene sier at de ikke lenger kan gi helbredende behandling. Noen pasienter får også høre fra andre at bare du prøver healing, naturpreparater, en spesiell diett eller tror fullt og fast på Jesus som legenes lege, så skal de nok bli friske.

Min mor er kreftsykepleier, min far underviser i sykepleie og selv har jeg gjennomført Pastoral Klinisk Utdanning for teologistudenter (PKU). Til sammen har dette vekket en interesse hos meg for møtet med døende og deres pårørende. Kan vi som hjelpere hjelpe pasienter og pårørende til at møtet med døden blir lettere å bære?

Som teologistudent og kirkegjenger har jeg også undret meg over hvordan ulike menigheter og kirker forkynner ulikt om helbredelse, og vektlegger dette i større eller mindre grad. Selv er jeg oppvokst i en statskirkemenighet på Sørlandet der det har vært lite fokus på helbredelsens mulighet i dag. Min søster er aktiv i IMI-kirken i Stavanger der fokuset er mye mer tilstede, blant annet ved å ha eget helbredelsesrom med mulighet for forbønn annenhver lørdag<sup>1</sup>. Andre menigheter igjen forkynner mer en herlighetsteologi, der helbredelsen er avhengig av en sterk tillit til at Gud helbreder, og at tvilen kan virke ekskluderende på denne Guds inngripen.<sup>2</sup>

Dette har videre fått meg til å tenke på hva slags håp er det kristne forkynner til alvorlig syke mennesker. Er det et håp om evig liv uten sorg og sykdom, et håp om en Gud som er med i smerten og sykdommen eller et håp om helbredelse her og nå?

Gjennom PKU-kurset fikk jeg oppleve ulike typer sjelesørgeriske samtaler med alvorlig syke pasienter. Disse møtene har betydd mye for meg, og jeg synes det er veldig spennende å reflektere over hvordan pasienter kan møtes, og hva jeg forkynner i de

---

<sup>1</sup> Besøkte tilbudet 15. september 2012, i IMI-kirkens lokaler.

<sup>2</sup> Carlenius 2008: 44-48

ulike samtalene. For forkynnelsen tror jeg alltid er tilstede i disse møtene, mer eller mindre bevisst. Derfor ønsker jeg å skrive en avhandling om følgende tema.

## 1.2 Tema

*"Jeg er bare femtifem år og kommer ikke til å dø på lenge ennå, legene skal nok klare å holde sykdommen i sjakk. Jeg velger å være optimist og dere får ikke lov å ta fra meg håpet!"<sup>3</sup>*

Døden er en del av livet. Men døden er ikke synlig i vår kultur. I takt med flere muligheter for behandling og kanskje økt avsky for det skrøpelige befinner pasienter seg i møte med en uunngåelig sannhet: Du skal dø.

Hvordan møter pasienter denne siste tiden, når døden er neste steg i sykdommen? Hvordan kan hjelperne møte pasienten i denne tiden? Hvilken betydning har håp i denne tiden, og hva innebærer håpet?

Et stadig jag etter en løsning på problemet, sykdommen, tror jeg kan være til hinder for en god avskjedsprosess mellom pasient og pårørende. Fornektelse av situasjonen, slik vi møter den i sitatet over, kan være vond å møte for hjelpere som er opptatt av og opplært til å snakke sant og ærlig.

Håpet kan være mye. I møte med forkynnelse og foredrag om sorg, er håp ofte servert som det eneste riktige og holde fast ved. Jeg har reflektert over hva dette håpet innebærer. Det ønsker jeg å fortsette med i denne oppgave, for om mulig å nyansere hvilke håp som kan være oppbyggelig og om håp også kan være destruktivt. Derfor vil jeg vektlegge håpsbegrepet i min oppgave.

Mennesker er ulike, og innfor døden er mestringsstrategiene ulike. Hvordan kan man i det hele tatt snakke om å mestre denne u håndterlige situasjonen, denne uunngåelige utgangen? Kan håpet bidra i denne prosessen? Eller kan håpet være til hinder for denne

---

<sup>3</sup> Carlenius 2008: 41

prosessen? Hva er håp, og hvorfor har det så ensbetydende positiv klang? Kan det være best å gi opp håpet? Eller å lære seg å håpe på noe nytt, noe annet?

### 1.3 Avgrensning

Det finnes et utall med spennende og nyttige vinklinger og problemstillinger innenfor mitt tema som omhandler sjelesorg, håp og døende. Derfor må jeg selvsagt gjøre noen avgrensninger på grunn av oppgavens omfang.

#### 1.3.1 Sjelesørgeren

Jeg ønsker å avgrense oppgaven til å gjelde det sjelesørgeriske møtet mellom pasient og prest. Denne avgrensningen er relevant for meg som teologistudent, og nyttig for oppgavens utforming. Det kunne vært spennende å se på hvordan ulike hjelpere som sykepleiere, diakoner, prester eller leger møter disse pasientene, men jeg velger altså her å avgrense oppgaven til å gjelde presten som møter pasienter gjennom samtaler. Presten som sjelesørger har en tydelig rolle overfor pasienter og er alltid knyttet til kirken og den kristne tro. Dette er ulikt fra andre hjelpere som også kan ha samtaler med sjelesørgerisk preg. Sjelesorg kan defineres ulik, mer eller mindre ekskluderende. Kjell Peter Dahl definerer det på en åpen måte som:

*"Sjelesorg er altså kristen omsorg for det enkelte menneske"*<sup>4</sup>

Ove Wikstrøm har en annen mer spisset definisjon som lyder:

*"Sjelesorg er, utfra den kristne kirkes tro og virkelighetsoppfatning, gjennom samtale med den enkelte, å støtte menneskets åndelige og psykiske utvikling"*<sup>5</sup>

For denne oppgaven er Wikstrøms definisjon mest relevant. Da jeg for å avgrense oppgaven, ser på sjelesørgeren som presten, og hans/hennes møte med pasienter på sykehus.

#### 1.3.2 Urealistisk håp

Håpet kan som sagt ha mange ulike former. I denne oppgaven velger jeg å fokusere i hovedsak på håpet for livet her og nå. Det vil si at jeg ikke utførlig tar for meg, eller

---

<sup>4</sup> Dahl 1970: 18

<sup>5</sup> Wikstrøm 1995: 40

vektlegger håpet om et evig liv. Dette evige håpet vil kunne være svært relevant i en sjelesørgerisk sammenheng, men jeg ønsker å fokusere på håpet om å bli frisk her og nå. Derfor velger jeg å fokusere på en reorientering av håpet. Likevel vil jeg både i den systematisk-teologiske fremstillingen og i den sjelesørgeriske tilnærmingen trekke inn håpet om et evig liv, der dette er relevant og nødvendig.

Jeg ønsker å avgrense oppgaven til det jeg vil definere som et *urealistisk håp* for situasjonen her og nå. For at håpet skal være urealistisk, tenker jeg meg at håpet må være svært lite sannsynlig. Derfor bruker jeg begrepet *inkurable kreftpasienter*. Inkurabel betyr at en lege vil definere det som umulig at videre behandling vil gjøre pasienten frisk. Begrepet kan gjelde mange typer kreftdiagnoser og ulike grader av alvorlighetsgrad. I oppgaven tar jeg ikke for meg pasienter som like trolig kan dø av en annen sykdom enn kreften, for eksempel eldre med prostatakreft eller lignende. Men jeg velger å ta for meg inkurable kreftpasienter med kort forventet levetid, grunnet kreften. Grunnen til at jeg velger å spesifisere det til kreftpasienter er at det til denne pasientgruppen allerede finnes en del skriftlig materiale, blant annet om deres møte med døden. Dette passer godt da oppgavens omfang og tidsfrister ikke tillater meg å gjøre bruk av egne empiriske undersøkelser.

### 1.3.3 Helbredelse

Når det i problemstillingen nevnes *håp om helbredelse*, velger jeg i denne oppgaven å se på helbredelse både som det å bli kurert ved vanlig skolemedisin, det å bli frisk ved bruk av alternativ medisin, og det å bli helbredet ved Guds mirakuløse inngripen. Disse tre ulike synene på ordet helbredelse stiller ulike krav til sjelesørgerens tilnærming. I oppgaven vektlegger jeg ikke religiøs tilknytning eller livssyn, og egen erfaring tilsier at sjelesørgeren kommer i kontakt med alle typer pasienter, med eller uten et avklart religiøst ståsted. Derfor synes jeg det er en relevant avgrensning og ikke vektlegge håp som er sterkt knyttet til pasienters gudstro.

## 1.4 Problemstilling

Som jeg har beskrevet finnes det mange ulike innfallsvinkler og problemstillinger som kunne vært spennende å arbeide med innenfor dette temaet, selv etter de ovennevnte

avgrensninger. Jeg velger å se på begrepet håp knyttet til inkurable kreftpasienter som er i en siste fase av sykdommen og livet. Min hovedproblemstilling er:

*"Hvordan kan sjelesørgeren møte inkurable kreftpasienter, som har urealistisk håp til helbredelse?"*

For å kunne besvare denne problemstillingen velger jeg også å se på to underproblemstillinger. I første underproblemstilling, vel jeg med utgangspunkt i ulike empiriske undersøkelser se nærmere på:

*"Hvilke relevante erfaringer har disse pasientene i møte med forestående død?"*

I den andre ønsker jeg å se nærmere på det jeg kaller urealistisk håp om helbredelse, enten ved skolemedisin, alternativ medisin eller ved bønn. Disse forventningene synes jeg er spennende og utfordrende å møte både som sjelesørger og medmenneske i en tid der skolemedisinen har mange muligheter og i en tid der vi aldri skal gi opp. Og også i en kirke der vi har mange beretninger både fra bibel og samtid om helbredelse. Til denne delen velger jeg noen filosofiske, sykepleiefaglige og systematisk teologiske betraktninger om begrepet håp.

Den andre underproblemstillingen blir da:

*"Hvordan forstås håp utfra noen filosofiske, sykepleiefaglige og systematisk teologiske fremstillinger?"*

Disse to underproblemstillingene danner et bedre grunnlag for å besvare og drøfte hovedproblemstillingen. I denne ligger vekten på det sjelesørgeriske møtet, og sjelesørgeren som subjekt. Den tar opp i seg, både empirien fra skriftlige erfaringer fra slike møter, samt den mer teoretiske tilnærmingen til begrepet håp. Sammen med teori fra sjelesorgfaget, kan dette hjelpe meg i å besvare hovedproblemstillingen.



## 1.5 Metode og materiale

### 1.5.1 Materiale

Som allerede nevnt har jeg valgt problemstilling blant annet utfra at det allerede finnes en del skriftlig materiale om kreftpasienters møte med døden. Derfor blir det naturlig for meg å jobbe med en dokumentanalyse av noen av disse tekstene med særlig henblikk på min problemstilling. Jeg gjør et kritisk utvalg av hvilke typer tekster jeg ønsker å analysere og forsøker å gjøre meg opp en mening om kvaliteten på disse, i forhold til å besvare min problemstilling. Dette er en del av det Bryman presenterer som *"critical reading skills"*<sup>6</sup> som fordrer at man gjør mer en å bare oppsummere det som leses. Dette påpekes også av Repstad, i hans omgang med begrepet kildevurderinger<sup>7</sup>.

I materialet som brukes inngår både empiri og litteratur. Empirien består i hovedsak av teoretiske fremstillinger av døendes situasjon og reaksjon, basert på ulike empiriske undersøkelser, både kvantitative og kvalitative.<sup>8</sup> Jeg trekker også inn to narrativer fra Hospice Lovisenberg for å belyse problemstillingen ved to case. Disse tas med videre i drøftingen i siste kapittel.

Litteraturen som brukes i den mer teoretiske fremstillingen av begrepet håp, er hentet fra ulike fagtradisjoner. Filosofi, systematisk teologi og sykepleiefaglig forskning kommer til orde i denne delen av oppgaven. Den sjelesørgeriske faglitteraturen kommer særlig til uttrykk i drøftingen av en sjelesørgerisk tilnærming til pasienter med urealistisk håp. I møte med denne litteraturen og i møte med teorien basert på empirisk forskning velger jeg å bruke dokumentanalyse som arbeidsmetode.

### 1.5.2 Dokumentanalyse

*"Man leser et skriftlig materiale og gjør bruk av det i analyse og rapport i den grad man finner at det er med på å kaste lys over ens problemstilling"*<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Bryman 2008: 82

<sup>7</sup> Repstad 2007: 104-108

<sup>8</sup> Kübler-Ross og Qvarnstrøms studier, m.fl.

<sup>9</sup> Repstad 2007: 103

Dette er en vid forståelse av hva dokumentanalysen kan bidra med i oppgaven. Litt snevrere ser Repstad det som *"en metode hvor visse tekster gis status av kilder eller data for selve undersøkelsen"*<sup>10</sup>. På grunn av oppgavens omfang vil disse tekstene i stor grad være de kilder som danner grunnlag for å besvare problemstillingen.

Dokumentanalysen i denne oppgaven vil bli gjennomført i delkapittelet som tar for seg tidligere empiriske materiale, om pasienter og hjelperes erfaringer med livets slutfase. Her vil jeg måtte se på hvem som kommer til orde i materialet. Er det pasientene selv? Er de pårørende? Er det hjelperne? Eller en av de tre fortolket gjennom en forsker, sykepleier eller andre? I fremstillingen av det empiriske materialet må jeg også vurdere hvorvidt jeg ønsker å dele inn etter personer eller tema.<sup>11</sup>

Videre vil jeg også bruke analysen i delkapittelet som tar for seg en mer systematisk utleggelse av begrepet håp. Her vil kildematerialet være noe bredere, og jeg vil bruke kilder som bibelen, litteratur innen systematisk teologi og også sykepleieteori der håp er tematisert. Disse ulike kildene ser på begrepet gjennom sine briller og jeg må finne ut hva som vil være relevant for å besvare min problemstilling.

I analysen ligger det ulike farer å lure. Jeg skal være kritisk til det skriftlige materialet som foreligger. Videre må jeg forsøke å finne ut hva som bare er fine ord og hva som faktisk gjenspeiler det som er virkeligheten. Men virkeligheten har også ulike sider, utfra hvem som ser på en gitt situasjon. Derfor må jeg også se på hvem som forteller og hva det kan ha å bety for fremstillingen. Videre må jeg passe på å verken overfortolke det skriftlige materiale eller en ren narrativisme<sup>12</sup>. Når arbeidet omhandler kvalitative undersøkelser vil det ofte være lokalt tilknyttet. Et eksempel på dette er at mye av litteraturen jeg til nå har funnet har sitt utspring i Hospice Lovisenberg. Da kan man stille spørsmål ved hvorvidt de dataene som springer ut herfra, kun er gyldige her, eller har en mer allmenn betydning. Dette får igjen betydning for en teoretisering av de funn som gjøres i oppgaven<sup>13</sup>.

---

<sup>10</sup> Repstad 2007: 103

<sup>11</sup> Repstad 2007: 131

<sup>12</sup> Repstad 2007: 115

<sup>13</sup> Repstad 2007: 116

I denne oppgaven fremsetter jeg en hypotese om hvorvidt en reorientering av håp kan være til det beste for pasienten. I løpet av oppgaven vil jeg måtte kunne korrigere denne påstanden, etter hvert som det empiriske materiale verifiserer eller falsifiserer denne påstanden. Etter hvert vil dette igjen kunne gi meg en ny forståelse, som jeg igjen kan prøve på materialet, eventuelt nytt materiale. Dette vil være en del av den hermeneutiske sirkel, slik Kvale fremstiller det. En bevegelse fram og tilbake mellom deler og helhet.<sup>14</sup> Dette gjør at oppgaven først og fremst er deduktiv, men kan også sees som induktiv.<sup>15</sup>

### 1.5.3 Litteratur

I oppgaven tar jeg særlig for meg følgende litteratur:

#### 1.5.3.1 Møtet med døden

Kübler-Ross sin viktige bok *"On death and dying"* har siden utgivelsen i 1963 vært viktig for teori om hvordan inkurable pasienter møter døden. Denne teorien har siden blitt kritisert og nyansert, og blant de som har bidratt til dette er Ulla Qvarnstrøm. Qvarnstrøm utførte en mindre kvantitativ undersøkelse enn Kübler-Ross, men hadde flere samtaler med sine pasienter og tilfører nye perspektiver til hvordan den siste fasen oppleves av pasientene. Til slutt bruker jeg også noen fortellinger fra Hospice Lovisenberg, der Carlenius forteller fra sine møter med pasienter i et mer narrativt perspektiv. Her har jeg lest de 27 ulike fortellingene, og valgt meg ut to fortellinger jeg velger å referere til, da de er særlig relevante for oppgavens problemstilling.

#### 1.5.3.2 Håp

Litteratur om håp finner jeg både i teologien, filosofien og sykepleiens faglitteratur. Som teologistudent og på grunnlag av problemstillingens formulering om sjelesørgerens møte, velger jeg å vektlegge systematisk-teologisk litteratur. Leiv Aalen representerer en tradisjonell luthersk teologi og syn på håpet som et eskatologisk anliggende. Jürgen Moltmann som kanskje er den mest innflytelsesrike teologen innenfor håpsteologi, mener jeg også er særlig relevant. Denne håpsteologien omfatter mer enn et eskatologisk håp, selv om eskatologien hos Moltmann er svært viktig og har store implikasjoner på nåtiden. Dette er relevant i henhold til problemstillingen. Som nevnt

---

<sup>14</sup> Kvale 2009: 216

<sup>15</sup> Bryman 2008: 11

har jeg også funnet mye om håp i sykepleiens faglitteratur, og jeg velger å trekke frem noen undersøkelser som særlig har sett på alvorlig syke pasienters håp.

### 1.5.3.3 Sjelesørgerisk tilnærming

For å kunne besvare oppgavens problemstilling vektlegger jeg også litteratur om en god sjelesørgerisk tilnærming til alvorlig syke pasienter. Denne litteraturen finner jeg i ulike artikler som tar for seg utfordringer som sjelesørgeren står overfor i slike møter. Tor Johan Grevbo har skrevet en artikkel om hvordan god åndelig omsorg kan utøves innen palliasjon, og dette er spennende og relevant for besvarelsen. Likedan har Anne Hirsch og Ingebrigt Røen arbeid med "*Jeg og døden*"- grupper, som er et verktøy for sjelesørgeren og andre hjelpere til selv å utruste seg til å kunne møte disse pasientene og deres åndelige og eksistensielle behov.

## 1.6 Disposisjon

I problemstillingen ligger fokuset på den sjelesørgeriske tilnærmingen. For å kunne drøfte denne tilnærmingen vil jeg først i kapittel 2 trekke inn teorier basert på empirisk forskning av kreftpasienter i en siste fase av livet. Jeg gjør rede for Kübler-Ross-modellen som identifiserer fem stadier døende kan gå gjennom, med akseptasjon som det siste ønskelig stadium. Videre ser jeg på hvordan Ulla Qvarnstrøm ser på pasientenes tilnærming til sin egen død som noe mer dynamisk. Hun skildrer denne prosessen gjennom ulike dimensjoner, som hun henter fra Feigenbergs forskning.

I kapittel 3 skriver jeg om to fortellinger fra boken *Omsorg ved livets slutt* av Susanne Carlenius. Disse to fortellingene aktualiserer temaet håp for kreftpasienter. Jeg vil bruke disse eksemplene der det er relevant i den videre drøftingen i kapittel 5, sammen med andre henvisninger til andre intervjuundersøkelser. I kapittel 3 er fokuset på å skildre historien til henholdsvis Karine og Margrethe.

Håpsbegrepet redegjør jeg for i kapittel 4. Jeg tar for meg på noen filosofiske, teologiske og sykepleiefaglige tilnærminger til begrepet håp. Fra filosofien redegjør jeg kort for hvordan Hume definerer håp som en følelse. Jeg ser på hvordan Kant og Kierkegaard kategoriserer håp som i kategoriene generelt eller allment håp. De skiller også på berettiget eller uberettiget håp. I den systematisk teologiske delen gjennomgås begrepet

håp som eskatologisk størrelse hos Leiv Aalen, og jeg redegjør kort for Aalens begrunnelse av den partikulære frelsesforståelsen som del av det kristne håpet. Jürgen Moltmanns teologi skiller seg fra Aalens på flere punkter og jeg redegjør for disse blant annet ved å gjennomgå hans forståelse av frelsen som universell. Jeg ser også på hvordan håpet hos Moltmann er både en fremtidig størrelse med store implikasjoner for nåtiden. Fra de sykepleiefaglige tilnærmingene til begrepet håp trekker jeg frem ulike sykepleieteoretiske definisjoner av håp, før jeg ser litt på hvordan håp har blitt forsket på blant pasienter.

Kapittel 5 omhandler en sjelesørgerisk tilnærming til pasienter med et urealistisk håp til helbredelse. Først redegjør jeg for Tor Johan Grevbos artikkel om god åndelig omsorg innenfor palliasjon, for å gi et grunnlag for å drøfte den sjelesørgeriske tilnærmingen. Videre ser jeg på viktigheten av utviklingen av sjelesørgerens personkompetanse utfra Hirsch og Røens arbeid med *"Jeg og døden"-grupper*, Leif Gunnar Engedals artikkel om utvikling av sjelesørgerisk kompetanse, samt egne erfaringer fra PKU for studenter. Videre vil jeg drøfte ulike spørsmål under overskriften "Hva er målet" med det sjelesørgeriske møtet. Her vil jeg drøfte om hvorvidt en realitetsorientering alltid bør etterstrebes og om viktigheten av evne til *connectedness* og *timing* er i et slikt arbeid. Også spørsmål omkring hvorvidt forsoning og akseptasjon er ønskelig skal drøftes. Deretter vil jeg se på hvorvidt en reorientering og resignasjon av håpet bør være målet for den sjelesørgeriske tilnærmingen.

Til slutt i kapittel 5 vil jeg forsøke å besvare problemstillingen basert på redegjørelsen fra tidligere kapitler og drøftingen omkring hva målet er. Avslutningsvis vil jeg oppsummere oppgavens hovedpunkter og konkludere i forhold til problemstillingen i kapittel 6.

## **2 Teori om pasienter i møte med døden**

### **2.1 Pasienters erfaring**

De siste 50 årene har det blitt publisert flere store forskningsprosjekter som dreier seg om alvorlig sykes møte med døden. Ofte har disse omtalt kreftpasienter, da visse typer

kreft muliggjør en sikrere vurdering av sykdommens utfall, enn mange andre diagnoser.<sup>16</sup> Dette har også bidratt til mitt fokus på kreftpasienter, da jeg selv ikke har gjort noen empiriske undersøkelser, men valgt meg ut noe materiale som omtaler denne pasientgruppen.

### 2.1.1 Kübler-Ross modellen

Kreftpasientenes møte med døden og den siste fasen av livet, er omlag så sammensatt og mangfoldig som livet selv. Likevel har mange forsøkt å kategorisere og strukturere noen av de funnene de har gjort i møte med denne pasientgruppen. Mest kjent er nok Elisabeth Kübler-Ross, som i 1963 utga boken *"On death and Dying"*<sup>17</sup>. Bakgrunnen for boken er samtaler med 200 alvorlige syke og døende pasienter.<sup>18</sup> Hennes arbeid med å kategorisere fem ulike stadier som pasientene går gjennom før livet ebber ut, har blitt brukt mye i undervisning om denne gruppen.

Hun beskriver altså tiden fra diagnosen er stilt og til døden inntreffer, ved å dele inn i fem stadier:

#### 2.1.1.1 Stadium I - Fornektelse og isolasjon

Handler kort om at når pasienten får diagnosen vil han/hun kunne si *"Nei, nei, ikke jeg! Det kan ikke være sant"*<sup>19</sup>. Denne fornektelsen kan strekke seg ut over tid, og også føre til at pasienten isolerer seg, både fra personale og pårørende. Denne fornektelsen arter seg selvfølgelig ulikt fra pasient til pasient, men Kübler-Ross fant at den som regel var et midlertidig forsvar og at svært få opprettholder fornektelsen konsekvent, men går litt inn og ut av den.<sup>20</sup>

I Torbjørnsen sin doktorgradsavhandling finner vi et eksempel på denne forsvarsmekanismen. Torbjørnsen gjennomførte en kvalitativ studie av 15 pasienter med Hodgkins sykdom som har overlevd. Bente forteller følgende i intervjuet:

*"Bente: Jeg vil vel si det at når jeg fikk rede på at jeg hadde kreft, og forstod på forhånd at her er det noe galt, men også fikk beskjed om at: "Du har kreft!", så tenkte jeg vel med meg*

---

<sup>16</sup> Qvarnstrøm 1982: 62

<sup>17</sup> Norsk tittel "Før livet ebber ut", se litteraturliste.

<sup>18</sup> Kübler-Ross 1973: Forside

<sup>19</sup> Kübler-Ross 1973: 40

<sup>20</sup> Kübler-Ross 1973: 41-42

*sjøl at "Pytt, pytt, glem det". Så glemte jeg hele dritten, og jeg skulle møte opp på Radiumen, og glemte det. Jeg ble henta av kommunen, jeg. Og kjørt rett opp. Jeg glemte hele timen, hele greia, og det syntes legen var veldig godt gjort. "Å glemme kreft, det er godt gjort", sa legen. "Men du har klart det, det er enestående" sa han. Å glemme en sykdom som er så alvorlig.*

*Tor: Du brydde deg ikke om det da, eller?*

*Bente: Det var vel det at jeg hadde så mye problemer fra før av. At jeg ikke klarte takle kreften."<sup>21</sup>*

### **2.1.1.2 Stadium II - Raseri**

Dette stadiet beskrives som vanskelig å møte for familie og hjelpere, da det rammer tilfeldig og i alle retninger.<sup>22</sup> Raseriet kan ramme pårørende, Gud eller særlig pleiepersonalet. Klage, misunnelse, bitterhet og sinne er ulike uttrykk for dette stadiet.

*"Tragedien er kanskje at vi ikke tenker over grunnene til pasientens pirrelighet og derfor tar den som en personlig krenkelse, mens den i første instans har lite eller ingenting å gjøre med de menneskene den går ut over."<sup>23</sup>*

Raseriutfallene kan sees på som forsøk på å bli hørt og sett, rop om at man fortsatt finnes. Mens konsekvensen ofte blir at man støter fra seg sine nærmeste, dersom disse ikke er klar over disse mekanismene.<sup>24</sup>

### **2.1.1.3 Stadium III - Byttehandel**

Pasienten kan etter de ovennevnte stadier begi seg utpå et forsøk på å kjøpslå. Av og til kan dette dreie seg om en kjøpslåing med Gud, der man forhandler om en helbredelse eller forlengelse av livet. Med et bedret moralsk eller religiøst liv som motytelse.<sup>25</sup>

Kübler-Ross var overrasket over hvor mange som så for seg "et liv viet til Gud" som gjenytelse for forlenget liv.<sup>26</sup>

Kjøpslåingen kan også forsøkes gjort med behandlere eller med pasienten selv, en indre kjøpslåing. Ofte dreier det seg om forlengelse av livet, og pasienten setter seg en egen

---

<sup>21</sup> Torbjørnsen 2011: 187

<sup>22</sup> Kübler-Ross 1973: 50

<sup>23</sup> Kübler-Ross 1973: 52

<sup>24</sup> Kübler-Ross 1973: 52

<sup>25</sup> Qvarnstøm 1982: 68

<sup>26</sup> Kübler-Ross 1973: 76

”frist”, for eksempel en sønn bryllup eller en siste opptreden. Bakgrunnen for denne typen kjøpslåing ser Kübler-Ross på som en erfaring av at ”god oppførsel” kan gi en aldri så liten sjanse for belønning.<sup>27</sup>

#### **2.1.1.4 Stadium IV - Depresjon**

*”Når den dødssyke pasienten ikke lenger kan fornekte sin sykdom, når han ser seg nødt til å gjennomgå flere operasjoner eller et nytt sykehusopphold, når han begynner å få flere symptomer eller blir svakere og tynnere, da kan han ikke lenger bare smile av det hele. Hans følelseløshet eller stoisme, hans raseri og hans bitterhet vil snart vike plassen for følelsen av et smertelig tap.”<sup>28</sup>*

Depresjonen kan få mange uttrykk og pasienten kan sørge over alt fra endret utseende, til manglende evne til å ta vare på barn, til tap av forventninger og drømmer for fremtiden. Pasienten sørger over en rekke tap som følge av sykdommen. Denne sorgen kan igjen deles inn i sorg over tap av muligheter og evner man har hatt, altså tap man har lidt. Og i tap man ser nært forestående, som det at den neste tiden vil bringe smerte og lidelse eller det at man skal miste livet.<sup>29</sup>

#### **2.1.1.5 Stadium V - Godtagelse**

Videre beskriver Kübler-Ross at dersom en pasient får tid og mulighet til å bevege seg gjennom de fire ovennevnte stadiene kan pasienten oppnå en akseptasjon av sin situasjon og nært forestående død. Om hun har beveget seg gjennom sjokket og fornektelsen. Videre kunnet være både bitter og sint på at dette ble hennes skjebne og ikke en annens. Sørget over ens eget tap av evner samt forestående tap av mennesker og steder hun er glad i. Da kan akseptasjonen komme, ikke bare som en håpløs resignasjon. Kübler-Ross beskriver at det er en periode som er lite preget av følelser, men en tid der mye av smerten er borte og kampen er over. Den dødssyke kan ha mindre behov for å samtale og ordløse møter kan bety like mye. Pasienten er forberedt så langt som mulig på å dø.<sup>30</sup> I denne fasen kan døden bli sett på som en stor lettelse.<sup>31</sup>

---

<sup>27</sup> Kübler-Ross 1973: 74-75

<sup>28</sup> Kübler-Ross 1973: 77

<sup>29</sup> Kübler-Ross 1973: 77-78

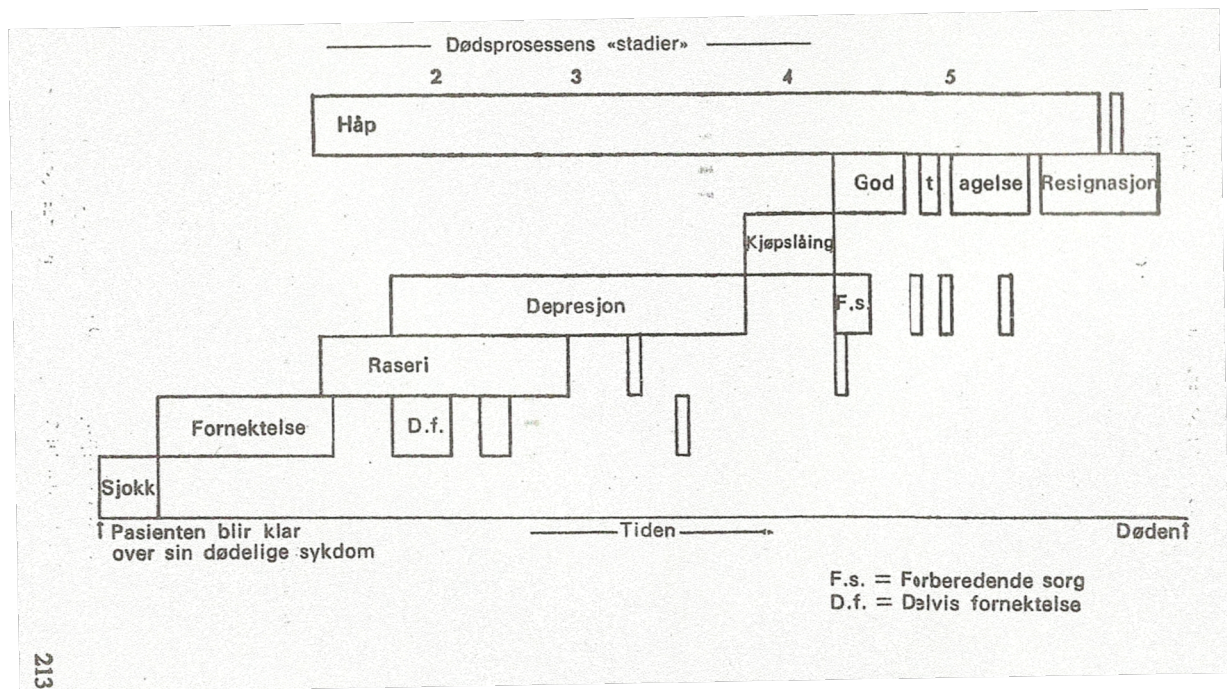
<sup>30</sup> Kübler-Ross 1973: 97-98

<sup>31</sup> Kübler-Ross 1973: 101-102



### 2.1.1.6 Skjema

Nedenfor er det avbildet et skjema fra Kübler-Ross sin bok.<sup>32</sup> Den viser hvordan pasienten skal bevege seg gjennom de ulike stadiene av dødsprosessen fra pasienten blir klar over sin dødelige sykdom og frem til døden.



### 2.1.1.7 Kritikk

Kübler-Ross sin modell har vært mye brukt i undervisning av hjelpere og siden i pleie av dødssyke. Den har betydd mye for forståelsen av ulike reaksjoner hos pasienter og bidratt til å hjelpe pleiepersonalet og pårørende til å akseptere disse. Hennes forskning har vært viktig også for senere studier, som for eksempel Qvarnstrøms undersøkelser fra 1976-77.<sup>33</sup>

Likevel har modellen måttet tåle mye kritikk, særlig i senere år, for sin meget skjematisk fremstilling av dødsprosessen. Som jeg nevnte i innledningen til kapitlet er dødsprosessen like mangfoldig som livet ellers og ingen pasienter opplever denne tiden helt likt. Flere forskere har forsøkt å lage sine egne modeller for en systematisering av denne fasen, for eksempel Feigenberg som fokuserer på ulike

<sup>32</sup> Kübler-Ross 1973: 213

<sup>33</sup> Qvarnstrøm 1982: 65-71

dimensjoner ved denne tiden.<sup>34</sup> Disse ulike modellene kan bidra til økt forståelse, slik også Kübler-Ross har, men vil aldri gi et klart bilde av en enkelt pasients situasjon og reaksjonsmønster. Disse ulikhetene og at de ulike fasene er mye mer dynamiske enn det som kommer frem i et statisk skjema vektlegges i dag mer enn før.<sup>35</sup>

### 2.1.2 Ulla Qvarnstrøm

Som nevnt ovenfor vektlegger Qvarnstrøm mer dynamikken i pasientenes reaksjoner. Hun valgte seg ut 15 pasienter som hun samtalte alt fra 2 til 24 ganger med. Intervjuene foregikk over et tidsrom på mellom 1 døgn og opptil 5 måneder.<sup>36</sup> Denne empiriske modellen gir ikke på samme måte som Kübler-Ross grunnlag for å si noe generelt om døende pasienter, men hver enkelt pasient fikk kommet mer til orde enn hos Kübler-Ross. Metoden ved undersøkelsen er en mer rendyrket kvalitativ metode, enn ved Kübler-Ross sin undersøkelse.

Qvarnstrøm utførte samtaler i 1976-77 mens hun arbeidet som sykepleier ved klinikken der pasientene var innlagt. Og samtaler fant sted i direkte tilknytning til at Qvarnstrøm pleide pasienten. Pasientene var hovedsakelig kreftpasienter.<sup>37</sup> Hun valgte å gjøre rede for sine resultater ved hjelp av Feigenbergs dimensjoner. Jeg vil videre kort fremlegge hennes funn ved hjelp av disse dimensjonene, men ønsker å vektlegge narrativene som beskrives i boka, med særlig henblikk på min egen problemstilling. Det er også viktig å huske at de følgende dimensjonene ved pasienters reaksjoner ble opplevd som dynamiske og at pasienter stadig befinner seg i flere dimensjoner samtidig. Hun ser på dimensjonene som et nettverk der trådene stadig krysser hverandre.<sup>38</sup>

*"I livets slutfase opplever den døende et kompleks av følelser, her kalt dimensjoner"*<sup>39</sup>

#### 2.1.2.1 Avvisning og innsikt

Her møter vi pasient L som har fått beskjed om at hans diagnose er lungekreft, med spredning, og at det ikke finnes noe botemiddel. Likevel tar han i samtaler etter dette

---

<sup>34</sup> Feigenberg *Terminalvård* 1977. Her referert fra Qvarnstrøm 1982: 71

<sup>35</sup> Avhandlingsseminar 26.10.2012. Samtale med lærere og diakonstudenter. Samt Qvarnstrøm 1982: 119

<sup>36</sup> Qvarnstrøm 1982: 63

<sup>37</sup> Qvarnstrøm 1982: 62

<sup>38</sup> Qvarnstrøm 1982: 119

<sup>39</sup> Qvarnstrøm 1982: 91

gjentatte ganger opp hva slags sykdom han har, og undrer seg over hvorvidt det er kreft eller ikke. At han var klar over sin tilstand hindret ham likevel ikke i å bruke avvisning som en mestringsstrategi eller forsvar. Qvarnstrøm fant at avvisning ofte ble brukt for å minske egen angst og for å opprettholde forhold som er viktige for pasienten. Dette kan også bidra til at pasienten og omgivelsene kan leve videre som normalt en stund til.<sup>40</sup> På samme tid som pasient L viste tegn til avvisning, viste han også å ha innsikt i sin situasjon, ved at han ordnet opp i økonomiske forhold og la forholdene til rette for at han kunne dø.<sup>41</sup>

Pasient C hadde en lignende diagnose, og oppførte seg ulikt overfor ulike deler av behandlingspersonalet. Han fastholdt sterk et håp om at han kunne bli helbredet ved hjelp av behandling, og samtidig tenkte han mye på at det snart var slutt. Videre var han livredd for at legene skulle si at det ikke var noe håp lenger. Han var tidvis klar over sin situasjon og tidvis fornektet han den og undret seg over *"hva kan det være"* – og lurte på hva slags sykdom han hadde. Denne pendlingen svingte mellom avvisning og partiell avvisning.<sup>42</sup> Hvordan pasient C oppførte seg ulikt overfor sykepleier og behandlende lege er et spennende tema, som også vil være verdt å reflektere over i kapittelet om den sjelesørgeriske tilnærmingen.

### 2.1.2.2 Opprør og underkastelse

Qvarnstrøm skriver at John Hinton i boken *"Facing Death"* hevder at pasienter kan:

*"Kombinere sin bevissthet om at de kanskje er døende, med en absolutt uvilje til å akseptere det. Så lenge de ikke kan gi etter for sykdommens uunngåelige dødelige forløp, kommer de til å plages"*<sup>43</sup>

Her møter vi pasienter som er klar over sin sykdom og som har underkastet seg den uunngåelige skjebnen. Likevel protesterer de på ulikt vis, enten ved å være i opposisjon til videre behandling og legene eller til sin egen situasjon ved å ha en makaber selvironi, på grensen til selvutslettende.<sup>44</sup>

---

<sup>40</sup> Qvarnstrøm 1982: 72-73

<sup>41</sup> Qvarnstrøm 1982: 75

<sup>42</sup> Qvarnstrøm 1982: 74

<sup>43</sup> John Hinton *"Att dø"* 1969, her sitert fra Qvarnstrøm 1982: 76

<sup>44</sup> Qvarnstrøm 1982: 77-78

### 2.1.2.3 Akseptering og protest

*"Alt blir så fint, det blir bare fint å få dø, jeg har ingenting uoppgjort i livet [...] Jeg har en indre fred som bare Gud kan gi meg, forstår du."*<sup>45</sup>

Qvarnstrøm fant i sine samtaler med de 15 pasientene at de som hadde en grunnfestet religiøs tro, aksepterte sin diagnose tilnærmet umiddelbart. De uttrykte en stor tillit til Gud, i møte med døden. Hun beskriver videre at det så ut til at disse pasientene verken følte sorg eller vrede, underkastelse eller resignasjon, men at de stolte på og trodde at Gud skulle åpne veien til en annen evig tilværelse. Også pasienter uten denne gudstroen kunne akseptere sin situasjon<sup>46</sup>. I denne sammenhengen er det selvsagt viktig å fremholde at denne undersøkelsen ikke kan brukes til en generalisering av de ovennevnte tilfellene, da utvalget er svært lite.

Pasient C nektet derimot å akseptere sin lungekreftdiagnose. Han protesterte mot den helt til det siste, dels som avvisning, dels som protest. Mot slutten protesterte han

*"Ulla, jeg vet at jeg skal dø. Jeg føler det. Det finnes ingen annen vei, men jeg vil ikke. Jeg vil ikke."*<sup>47</sup>

### 2.1.2.4 Håp og oppgitthet

Denne dimensjonen vil være særlig relevant for min oppgave. Qvarnstrøm skriver at Feigenberg påpekte at man i sykepleien ofte snakker om at *"man ikke skal ta håpet fra den døende"*.<sup>48</sup> Hun påpeker videre at hennes erfaring er at alvorlig syke ikke setter sin lit til et håp om at et under skal skje. Hun viser videre til at tre av hennes pasienter pendlet mellom håp og oppgitthet. En pasient uttrykte ved korte mellomrom både *"Alt er håpløst"*, og *"..tenk om dette kunne forsvinne ved et trylleslag, så glad jeg skulle bli."*<sup>49</sup>

En annen, pasient O, uttrykte:

---

<sup>45</sup> Qvarnstrøm 1982: 78-79

<sup>46</sup> Qvarnstrøm 1982: 79

<sup>47</sup> Qvarnstrøm 1982: 83

<sup>48</sup> Qvarnstrøm 1982: 83

<sup>49</sup> Qvarnstrøm 1982: 83

*"Men jeg tror at det kommer til å skje et under. Det kan skje et under slik at allting snur seg"<sup>50</sup>*

En slik urealistisk ønsketenkning ser Qvarnstrøm som en forsvarsstrategi. Denne mestringsstrategien ble av pasienten oppgitt noe senere, og pasienten ble da svært deprimert og isolerte seg.

Den tredje pasienten har vi allerede omtalt, pasient C. Her dreide håpet seg om forskjellige behandlinger og leger. Qvarnstrøm forteller at han søkte støtte for sitt håp både hos henne og hos kona.<sup>51</sup>

#### **2.1.2.5 Viljen til å leve og ønsket om å dø**

*"Oppgivelse av alt håp om fortsatt liv kan fylle den døende med et ønske om å dø"<sup>52</sup>*

Alvorlig syke kan pendle mellom ønsket om å dø, om å få slippe og ønsket om å leve videre. Qvarnstrøm forteller om en pasient som ved en anledning ber om å få en sprøyte til å gjøre det hele slutt og ved neste anledning uttrykker angst for å sove godt, av frykt for ikke å våkne igjen. Videre beskrives selvmordstanker hos tre av pasientene, disse avstod fra å gjennomføre selvmord av hensyn til pårørende eller fordi *"det ikke kjentes riktig"*.<sup>53</sup>

#### **2.1.2.6 Identitet og oppløsning**

Menneskets identitet settes på prøve i møte med alvorlig sykdom. Noe av denne dimensjonen handler om å gjøre regnskap med det livet som har vært. Hva har jeg betydd? Noe av det som truer identiteten er forandringene som finner sted. Spørsmål rundt egen verdi eller eksistensberettigelse ble reist. Også tap av ulike funksjoner bidrar til dette. Nære relasjoner er viktig i det å kunne opprettholde en identitet gjennom sykdommen.<sup>54</sup>

---

<sup>50</sup> Qvarnstrøm 1982: 83

<sup>51</sup> Qvarnstrøm 1982: 83

<sup>52</sup> Qvarnstrøm 1982: 84

<sup>53</sup> Qvarnstrøm 1982: 84

<sup>54</sup> Qvarnstrøm 1982: 85-86

Trine møter vi i en av fortellingene fra Hospice Lovisenberg i boka til Carlenius.<sup>55</sup> Hun er en vakker kvinne på 35, med mann og to barn, som har fått svulst på hjernen.

Behandlingen med operasjon og kortisonmedisinering gjør at hun endrer utseende og svulsten bidrar også til at hun endrer seg og blir forvirret og glemsk. I denne situasjonen blir både identiteten og de nære relasjonene satt på prøve. Carlenius spør seg avslutningsvis: *"I hvilken fase av livet er egentlig mennesket mest seg selv?"*<sup>56</sup>

#### **2.1.2.7 Verdighet og ydmykelse**

Denne dimensjonen omhandler noe av det samme som den foregående. I møte med nedbrytning av kroppens funksjoner kan det være vanskelig å bevare sin verdighet. Pasient L opplevde det som vanskelig at hustruen ønsket å være så mye til hjelp, at han selv ikke fikk gjort de små tingene han fortsatt mestret. Pasient F uttrykte følgende etter en legevisitt: *"Ingen bryr seg om en. Man er vel ikke så interessant når det ikke er noe å gjøre med en."*<sup>57</sup>

De nære relasjonene er viktige for opplevelsen av verdighet og opprettholdelsen av identitet. Som et eksempel på dette beskriver Carlenius hvordan Trine blir omsorgsfullt smurt inn med fuktighetskrem av sin mor, da huden er ekstra tørr grunnet sykdommen.<sup>58</sup> Grevbo trekker også fram at hudpleie kan være viktig for å bevare verdigheten i sin artikkel om god åndelig omsorg.<sup>59</sup> Carlenius hevder også at dette er noe av den palliative omsorgens vesen, da *palliativus* både kan oversettes med *lindrende*, men også *kappe*. Der poenget er å kunne kle mennesker som befinner seg i en *naken* situasjon, og på den måten søke å opprettholde verdigheten i møte med en ydmykende sykdom.<sup>60</sup>

#### **2.1.2.8 Restitusjon og regresjon**

Dette omhandler pasientens psykososiale utvikling, og viser til enten tap av eller restituering av denne. Regresjonen handler om at etter hvert som sykdommen utvikler seg, så trekkes pasienten tilbake fra den ytre virkelighet, og mister mer eller mindre sin

---

<sup>55</sup> Se kapittel 3 nedenfor, og Carlenius 2008: 101-104

<sup>56</sup> Carlenius 2008: 104

<sup>57</sup> Qvarnstrøm 1982: 87

<sup>58</sup> Carlenius 2008: 118

<sup>59</sup> Grevbo 2008: 36 se for øvrig delkapittel 5.1 nedenfor.

<sup>60</sup> Carlenius 2008: 132

følelse av tid og sted. Tre av pasientene opplevde det som forstyrrende at det var mange pleiere innom i den aller siste fasen.<sup>61</sup>

#### **2.1.2.9 Dimensjonen tid**

Det er funnet at pleieres og pasienters oppfatning av tid er svært forskjellig.<sup>62</sup>

Fremtidsperspektivet kan bli innskrenket eller strøket. Pasient E uttrykte følgende i en samtale:

*"...jeg trodde du aldri skulle komme – det er så lenge siden du var her.*

*- Jeg var jo her i går.*

*... det virker som det var flere uker siden, jeg kan ikke forstå at det var i går."*<sup>63</sup>

#### **2.1.2.10 Trygghet og utrygghet**

Utryggheten øker ofte etter hvert som sykdommen utvikler seg. Den dreier seg om en engstelse for smerte, ensomhet og selve det å dø. Pasient J uttrykker en sterk ensomhetsfølelse og frykt for å være alene når hun skal dø. Pasient J og O spør også om Qvarnstrøm kan beskrive hvordan hun opplever å være til stede hos noen som dør. Innen hospice-filosofien brukes begrepet psykisk smerte om disse følelsene, utrygghet, ensomhet og tomhet.<sup>64</sup>

#### **2.1.2.11 Psykososialt levende og psykososialt død**

Noen av pasientene til Qvarnstrøm uttrykte at de følte seg som *"levende døde"* eller *"et verdiløst kalli"*. Dette kan sees som en sosial død, mens Pasient F og N isolerte seg mot slutten og man kan diskutere om dette kan kalles en psykisk død. Tanatologien<sup>65</sup> deler død inn i fire ulike typer:

- Sosial død. En tilstand der andre mennesker tar avstand fra den døende, pasienten blir behandlet som om han var død.
- Psykisk død: Pasienten isolerer seg fra omverdenen og venter på å dø.
- Biologisk død: Tilstand der organismen ikke lenger eksisterer som levende menneske.

---

<sup>61</sup> Qvarnstrøm 1982: 87-88

<sup>62</sup> Glaser og Strauss 1968, her referert fra Qvarnstrøm 1982: 88

<sup>63</sup> Qvarnstrøm 1982: 88

<sup>64</sup> Qvarnstrøm 1982: 89-90

<sup>65</sup> av gr. *thanatos*, 'død', og *logos*, 'lære'

- Fysiologisk død: Vitale organer som hjerte, lunger og hjerne har sluttet å fungere.<sup>66</sup>

### 2.1.3 En kort kommentar

Disse to undersøkelser ble gjort for omkring 40 år siden. Innen palliativ omsorg har det skjedd mye, både innen forskning og endret pleie, på denne tiden. Særlig fremveksten av hospice og lindrende avdelinger på sykehus har bidratt til dette. Også en egen stortingsmelding, *NOU 1999: 2 Livshjelp*, har bidratt til et sterkere fokus på palliativ behandling.<sup>67</sup>

## 3 Fortellinger

Dette kapittelet refererer også til empirisk materiale om alvorlig syke pasienter med urealistisk håp om helbredelse. Jeg velger ut to fortellinger, som omhandler pasienter med et slikt håp, fra Susanne Carlenius sin bok *Omsorg ved livets slutt*.

### 3.1 Susanne Carlenius

Susanne Carlenius har skrevet boken i 2008. Den handler om hennes møter med pasienter og pårørende ved Hospice Lovisenberg. Carlenius er både utdannet teolog og sykepleier, men arbeider som sistnevnte på hospicet. *Omsorg ved livets slutt* er en bok med fortellinger fra 27 slike møter. Dette er ingen studie med en metode og intervjuer av pasientene. Men det er 27 fortellinger som viser meg noe av hvordan Carlenius opplever å møte disse pasientene. Boka som helhet har lært meg mye om ulike reaksjoner og følelser hos døende, og fortellingene berører enhver som leser dem. Carlenius reflekterer også selv i tilknytning til disse historiene og drøfter hvordan hun bruker sin egen faglighet i møte med disse pasientene. Dette materialet er narrativer om pasienters reaksjoner fortolket av en forfatteren som har møtt disse pasientene som sykepleier, gjennom pleie, stell og samtaler.

---

<sup>66</sup> Qvarnstrøm 1982: 90-91

<sup>67</sup> NOU 1999: 2 *Livshjelp - Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*



Hele boken vil være en del av bakgrunnsmateriale for min drøftelse senere, men jeg velger her å trekke ut to historier som er særlig relevante for min oppgave om urealistisk håp ved livets slutt. Det vil også være disse jeg henviser til i min drøftelse. Nedenfor vil jeg forsøke å sammenfatte to allerede kompakte fortellinger fra boken. Jeg velger å beholde overskriftene fra boken, blant annet for å tydelig gi tilkjenne hvor materialet er hentet fra i boka.

### 3.1.1 Ikke ta fra meg håpet

Karine er alvorlig kreftsyk. Hun ble operert for underlivskreft for fem år siden og har siden slitt med vedvarende diaré og illeluktende utflod. Vi møter henne når hun er både svak og ikke minst veldig kald, selv om været er godt og varmt. Sykdommen har gjort det vanskelig å omgås andre og hun ser svært syk ut med sin magre kropp og skallet hode. Kreften har spredt seg til leveren og hun må nå tappe buken for mye væske ofte.

Den første dagen på Hospice blir et stort sjokk for Karine. Hun har forstått avdelingen som et sted for rehabilitering og uttrykker følgende:

*"Ingen på sykehuset har sagt meg at dette er dødens venteværelse, i så fall ville jeg ikke kommet hit. Jeg er bare femtifem år og kommer ikke til å dø på lenge ennå, legene skal nok klare å holde sykdommen i sjakk. Jeg velger å være optimist, og dere får ikke lov å ta fra meg håpet!"<sup>68</sup>*

Også avdelingen Karine kommer fra har gjentatte ganger fått høre at de ikke fikk ta fra henne håpet, både når de har gitt henne informasjon om sykdommen og om Hospice. Carlenius trekker frem at flere pasienter ikke klarer å ta innover seg informasjonen om deres alvorlig sykdom og snarlige død. Hun fastholder at det er viktig å bruke tid og gjenta budskapet slik at det kan nå gjennom disse forsvarsmekanismene.<sup>69</sup>

Karine hadde brukt mange ferier i campingvogna si. Og selv om det ikke hadde gått denne sommeren på grunn av sykdommen, fortalte hun ivrig om at hun ønsket å kjøpe en ny vogn til senere ferier. Pleierne forsøkte å formidle at hun sannsynligvis ikke ville få oppleve flere campingferier. Til å begynne med avviste hun denne praten om sykdommen, men etter hvert tok hun gradvis mer innover seg alvorret i situasjonen. Da

---

<sup>68</sup> Carlenius 2008: 41

<sup>69</sup> Carlenius 2008: 40-43

begynte hun også å sørge, og delte dette med sin samboer og personalet. Carlenius beskriver det som en smertefull og nødvendig prosess. Underveis i denne prosessen ble det mindre snakk om ny campingvogn og fremtidige ferier.<sup>70</sup>

Carlenius sier følgende i denne situasjonen:

*"Kanskje vi også fikk bekreftet noen av de tankene vi selv hadde. Ikke minst dette at pasienten kan ha behov for å gå gjennom faser som fornektelse, sinne, avvisning, fortvilelse, gråt og forsoning. Tidligere teorier om bearbeiding av sorg og kriser baserer seg på mange måter på en slik litt skjematisk prosess. Når vi mener at pasienten har nådd fram til en indre forsoning i forhold til sykdom og død, mener vi kanskje at pasienten på en måte er "kommet fram", har nådd målet. Karine ga oss en påminnelse om at ikke noe menneske passer inn i et skjema."<sup>71</sup>*

Karines samboer opplevde det som vanskelig å prate om sykdommen, og fastholdt håpet. Karine selv hadde falt mer til ro på Hospice, men ville gjerne hjem en tur på permisjon. Dette fikk hun mulighet til og hun trengte mye hjelp til dette og personalet forklarte både Karine og samboeren at dette antakeligvis ble den siste turen hjem. Etter noen dager kom en enda svakere Karine tilbake. På spørsmålet om hvordan helgen hadde vært fortalte hun entusiastisk:

*"Helt fantastisk. Nå har jeg endelig funnet den campingvogna jeg har ønsket meg så lenge. Jeg kjøpte den i går, og nå bare gleder jeg meg til neste sommer når vi virkelig skal få bruke den."<sup>72</sup>*

Carlenius forteller om sin opplevelse av å bli satt ut av denne kommentaren. Hun trodde at Karine var forsonet med sin snarlige død, og lurte på hva hun skulle svare. Håp, håpløshet, forsoning og fornektelse er ikke alltid stadier på vei, men heller følelser som pasientene ofte pendler mellom og har samtidig. For Karine var det tidlig viktig å formidle *"Ikke ta fra meg håpet"* og dette håpet gav henne glede og forventning også innfor døden. Karine ble svakere og døde fredfullt, skriver Carlenius.<sup>73</sup>

---

<sup>70</sup> Carlenius 2008: 40-43

<sup>71</sup> Carlenius 2008: 42

<sup>72</sup> Carlenius 2008: 43

<sup>73</sup> Carlenius 2008: 43

Tilslutt reflekterer hun over følgende:

*"Denne siste uken var det et viktig spørsmål som arbeidet i meg. Hvilken rett har vel jeg til å knuse de siste drømmene til en som er døende? Karine forlot dette livet på to parallelle spor. Hun viste hun skulle dø snart, og hun gledet seg til sommeren. Jeg valgte å ikke ta fra henne håpet."*<sup>74</sup>

### 3.1.2 Når troen brister

Den andre fortellingen jeg velger meg ut handler om Margrethe som også kom til Hospice for "*å komme seg*". Hun var i slutten av femtiårene og hadde for to år siden fått påvist brystkreft, uten spredning. Legene anbefalte den gang både operasjon og strålebehandling. Men Margrethe takket nei til dette. Hun tilhørte en menighet som vektla sterkt at Gud kunne gripe inn og helbrede syke. Og etter å ha rådført seg med menighetslederen var hun bestemt på at hun måtte tro helt og fast på at Gud ville helbrede henne og at enhver behandling ville være å tvile på Gud.<sup>75</sup>

Nå etter to år hadde kreften spredt seg og hun hadde fått smertefulle og illeluktende sår flere steder på kroppen. Disse væsket og var til stor plage for Margrethe. Etter hvert tok hun i mot smertestillende tabletter, men ønsket ikke cellegiftbehandling. Kreften spredte seg også til ryggraden, og legene anbefalte strålebehandling mot de store smertene. Dette tok hun ikke i mot og hun trodde fortsatt fast på at Gud skulle gjøre henne frisk, annen behandling var unødvendig.<sup>76</sup>

Når hun ankom Hospice, var plagene hennes enorme. Hun hadde store fysiske smerter, det luktet forråtnelse når sårene ble stelt og hun hadde angst for hva som ville bli neste steg. Kreften hadde overtaket. Midt i dette var noe av det første hun sa: "*Jeg kommer ikke hit for å dø, Gud har lovet meg at jeg skal bli frisk igjen.*"<sup>77</sup>

Pleierne diskuterte seg i mellom hvordan de kunne møte Margrethe. Og undret seg over hvorvidt de kunne korrigere eller overprøve hennes tro? Kunne de påstå at Gud ikke

---

<sup>74</sup> Carlenius 2008: 43

<sup>75</sup> Carlenius 2008: 44

<sup>76</sup> Carlenius 2008: 44-48

<sup>77</sup> Carlenius 2008: 45

ville eller kunne gjøre henne frisk? De ble enige om å forsøke å respektere hennes tro, og gjøre sitt beste for at hun kunne føle seg trygg på Hospice.<sup>78</sup>

Margrethe hadde lite familie, men fikk nesten daglig besøk fra menigheten. De ønsket å styrke henne i troen. Noen tok også kontakt med personalet med kritikk av at de gav Margrethe smertestillende tabletter. Carlenius opplevde at Margrethe virket mer motløs enn oppmuntret etter slike besøk. Hun begynte å undre seg over hvorvidt det var galt av henne å ta imot smertelindringen. Når smerter, søvnproblemer og angst tiltok, fant hun ut at det ikke kunne være noe galt i å ta imot behandling mot dette, og hun kunne også se på behandlingen som en gave fra Gud.<sup>79</sup>

Etter to uker på Hospice var Margrethe blitt svært svekket, men insisterte på å reise hjem og på at Gud skulle gjøre henne frisk. Det ble til at hun fikk en permisjon og mindre enn et døgn senere var hun tilbake. Da møtte Carlenius en dypt ulykkelig kvinne. Tårene rant og Margrethe sa at *"nå føler jeg virkelig Gud har sviktet meg. Nå merker jeg jo at jeg kommer til å dø, at jeg aldri kommer til å bli frisk igjen."*<sup>80</sup>

Margrethe sørget ikke bare over at livet gikk mot slutten. Hun opplevde også en grunnleggende krise i at troen brast, tilliten til Gud. Carlenius forteller videre:

*"Jeg ble sittende en stund og bare holde henne i hånden til gråten stilnet litt. Fordi jeg delte hennes tro, kunne jeg også dele noen tanker om tro og tvil, om sykdom, liv og død, om Guds løfter i Bibelen. Først understreket jeg at Gud ikke hadde sviktet henne. At det finnes et liv uten sykdom og død, et liv i Guds nærvær, der alt skal være fullkomment. Jeg sa at Gud skulle nok gjøre henne frisk, men ikke på denne siden av døden. I denne verden eksisterer sykdom, lidelse og død, og heller ikke en troende kan unngå å møte dette."*<sup>81</sup>

Det ble flere slike samtaler de siste dagene, og gradvis fant Margrethe en fornyet tillit til Gud, som gav henne en trygghet og fred. Hun var trygg på at hun ikke var forlatt.<sup>82</sup>

---

<sup>78</sup> Carlenius 2008: 45

<sup>79</sup> Carlenius 2008: 44-48

<sup>80</sup> Carlenius 2008: 47

<sup>81</sup> Carlenius 2008: 47

<sup>82</sup> Carlenius 2008: 48

Åndelige og eksistensielle spørsmål, spørsmål om tro og tvil, om mening og liv etter døden blir ofte aktuelle for mennesker i møte med døden. Hospice-filosofien ønsker å ta hele mennesket på alvor og også møte disse utfordringene. Da er det viktig å møte den enkelte med ydmykhet, varsomhet og respekt. Carlenius skriver:

*"Vi kan lytte, kanskje dele noe, men uansett være tilstede. Den som skal dø, skal uansett passere livets ytterste grense på sin egen måte: ut fra sin egen overbevisning eller sine egne spørsmål, ut fra egen tvil eller sin egen tro."<sup>83</sup>*

## 4 Hva er håp

I dette kapittelet ønsker jeg å gjøre rede for ulike måter å definere begrepet håp på. Først vil jeg se på ulike definisjoner i ulike fagkretser. Deretter vil jeg gjøre rede for ulike typer håp i møte med en alvorlig kreftsykdom.

Håp er et vidstrakt begrep som brukes innenfor mange fagdisipliner. I denne oppgaven velger jeg å se på hvordan filosofien, teologien og sykepleiefaget har arbeidet med begrepet. Hver enkelt faggren kunne vært gjenstand for en egen avhandling, så her blir det kun plass til å se på noen ulike aspekter som kan være relevant for denne oppgavens problemstilling.

### 4.1 Håp i filosofi

#### 4.1.1 Håp hos David Hume

David Hume ser på håp som en følelse. Han ser på frykt og håp som blanding av smerte og nytelse. Herrestad forsøker å redegjøre for dette på følgende måte:

*"Når et gode er sikkert, vekkes nytelse. Når et onde er sikkert, vekkes smerte. Når et gode eller onde er usikkert, vekkes blandinger av smerte og nytelse. Når blandingen har overvekt av nytelse, kaller vi det håp. Når blandingen har overvekt av smerte kaller vi det frykt. En person kan svinge fram og tilbake mellom frykt og håp. Om han ser det som usannsynlig at*

---

<sup>83</sup> Carlenius 2008: 48

*det vil bli slik han ønsker, kan han kjenne frykt. Men om han tror sannsynligheten øker, fatter han nytt håp.*<sup>84</sup>

Herrestad viser videre til at J.P. Day, som har foretatt en filosofisk analyse av begrepet håp. Day mener Hume tar feil når han ser på håp og frykt som følelser, men sier at håpet og frykten involverer følelsene nytelse og smerte. I følge Day var grekerne og romerne ambivalente i forhold til om håp var et gode eller et onde. Da det å håpe på noe, kunne gjøre at en ble skuffet når det ikke skjedde og slik påføre smerte. Som eksempel trekkes historien om Pandoras eske frem. Når Pandora åpner esken slippes all verdens plager ut. Hun forsøker forgjeves å lukke lokket, men ikke helt forgjeves. Håpets ånd blir holdt tilbake og lukkes inn i esken igjen. Dette kan tolkes ulikt. Enten som at håp er en motgift mot alle de andre plagene, altså et positivt syn på håp. Eller som at håp også er en plage for menneskene, da det forhindrer mennesket i å avfinne seg med sin situasjon. Særlig stoikerne så på håp som denne siste forklaringen i historien om Pandora. Det eneste gode var å opprettholde en indre ro, uten affekter. Både glede og smerte, som håpet kunne skape, var en indre uro, som truet den stoiske roen.<sup>85</sup>

#### **4.1.2 Håp belyst utfra Kant og Kierkegaard**

Fremstedal har arbeidet med en PhD om håp belyst ut fra Kant og Kierkegaard, og jeg vil her kort gjøre rede for hans artikkel i Omsorg<sup>86</sup> om temaet. Kierkegaard mener at å håpe handler om å være forventende til det godes mulighet. Mens frykt blir å forvente det ondes mulighet. For at det skal være håp, må man også anerkjenne det ondes mulighet, men ha tiltro til det godes mulighet. Uvisshet og tillit hører således sammen med håpet.

<sup>87</sup>

##### **4.1.2.1 Generelt og spesielle håp**

Fremstedal mener det er berettiget å skille mellom universelle og spesielle håp, og ser på hvordan Kierkegaard og Kant skiller disse. Kierkegaard opererer med to varianter av generelt håp: Et kristent og et ikke kristent. Kierkegaard mener videre at det kun er det kristne generelle håpet som alltid kan opprettholdes. Her forsøker Kant å vise at det

---

<sup>84</sup> Herrestad, Henning *Om begrepet håp* i *Suicidologi* 01/2009: 16

<sup>85</sup> Herrestad 2009: 17

<sup>86</sup> Fremstedal, Per *Håp belyst ut fra Kant og Kierkegaard* i *Omsorg – Nordisk tidsskrift for palliativ medisin* 3/2008: 29-32

<sup>87</sup> Fremstedal 2008: 29

generelle håpet alltid kan underbygges filosofisk, og ikke forutsetter en åpenbaringsreligion. Dette generelle håpet omhandler en tro på fremtiden, våre grunnleggende interesser og forpliktelser er mulige. Det angår våre mest vitale og uoppgivelige behov, det handler om vår *natur*. Kant og Kierkegaard bruker begrepet *det høyeste gode* og knytter det til det generelle håpet som består av menneskets etiske forpliktelse, *dyden*, samt at mennesket er interessert i *lykken*. Oppnåelsen av *det høyeste gode* er en umulighet, og ville i følge Kierkegaard ført til at vi ble håpløse. Da håpløshet er karakterisert av å ikke ha noen oppgave eller forbedringspotensial. Spesielle håp er knyttet til ulike bestemte hendelser, som man håper skal kunne skje.<sup>88</sup>

#### 4.1.2.2 Berettiget og uberettiget håp

For å skille mellom håp og fantasi eller ønsketenkning lager man et skille mellom legitimt og uberettiget håp. Håpet må være *realistisk*, men hva dette betyr er det ingen enighet om. Herrestad skriver at teologen Thomas Aquinas hevder at håp ikke kan være noe sikkert, det må være anstrengende. Altså at det utelukker tilstander man regner som sikkert. Vi håper gulvet bærer oss, først når vi har grunn til å tro at det også kan svikte.<sup>89</sup> På denne måten ligger håpet på en skala mellom det som er sikkert og det som kun er ønsketenkning, det må være realistisk, men ikke uten anstrengelse.

Innen medisin er situasjonen håpløs eller håpet urealistisk om det verken finnes empirisk eller medisinsk grunnlag for å tro på fremskritt. Slik det beskrives i nederlandsk eutanasilovgivning: *"no prospect of improvement"*<sup>90</sup> Kant mener det *"alltid er prematurt å fortvile"*<sup>91</sup> eller å oppgi generelt håp. Han mener det ligger utenfor ethvert menneske, som finitte vesener, å vite absolutt at virkeligheten ikke gir rom for realiseringen av det gode. Derfor blir vår oppgave å alltid forsøke å forbedre virkeligheten. Kierkegaard mener vi ikke har myndighet til å definere vår tilværelse som håpløs. Relevant for problemstillingen så hevder Kierkegaard at legens beste gave til pasienten er å bringe håp. Likevel må legen bruke erfaringen, og kan ikke alltid bringe håp om forbedring eller kurasjon. Videre peker Kierkegaard på at det generelle menneskelige håpet må oppgis da mennesket selv ikke klarer å oppnå *det høyeste gode*.

---

<sup>88</sup> Fremstedal 2008: 29-30

<sup>89</sup> Herrestad 2009: 16

<sup>90</sup> Fremstedal 2008: 30

<sup>91</sup> Kant, her sitert fra Fremstedal 2008: 30

Dette kan kun realiseres av Gud, og mennesket må derfor sette sin lit til det kristne evighetshåpet. Det kristne håpet innebærer i motsetning til det menneskelige naturlige håpet at det alltid er håp.<sup>92</sup>

#### 4.1.2.3 Håp og helse

Fremstedal skriver at generelt håp kan sees på som det som gjør det mulig å orientere seg i tilværelsen uten å måtte gi opp. Det pekes videre på at håp kan ha helsemessige forutsetninger. Håpet handler om det godes mulighet og slik sett handler det ikke om utmerket helse, men om muligheten til å være moralsk god. Generelt håp kan videre defineres som både mulig og umulig ved alvorlig inkurabel sykdom. Mulig dersom det refererer til muligheten for å gjøre det gode, hos Fremstedal eksemplifisert i godt sinnelag eller ved det å være tålmodig. Men umulig dersom det innebærer håp for det jordiske livet, håp om *udødelighet*. Kierkegaard skriver:

*"Dersom vi haabe alene for dette Liv, da ere vi de Elendigste af Alle"*<sup>93</sup>

Her viser Kierkegaard at hans kristne håp ikke handler primært om mirakler og helbredelse, men om muligheten til å overvinne det onde, ved hjelp av Guds nåde.<sup>94</sup>

## 4.2 Håp i teologi

I dette delkapittel ønsker jeg å redegjøre for to ulike syn på håp i teologien. Leif Aalen representerer et klassisk protestantisk syn på håp og eskatologien. Moltmann er blant de mest innflytelsesrike teologer det siste århundre innenfor håpsteologi. Moltmanns syn på eskatologien bryter på mange områder med en klassisk forståelse, men har vært toneangivende for blant annet frigjøringsteologien og for diskusjoner omkring begrepet håp siden 1960-tallet. Jeg velger å vektlegge hans håpsteologi særlig sterkt i denne oppgaven, da det så spesifikt berører problemstillingen.

### 4.2.1 Leif Aalens teologi om håp

Leif Aalen var professor i Systematisk teologi ved Det teologiske Menighetsfakultet og forfatter av "Dogmatisk grunnriss". Hans lære samsvarer godt med klassisk luthersk

---

<sup>92</sup> Fremstedal 2008:31

<sup>93</sup> Fremstedal 2008: 31

<sup>94</sup> Fremstedal 2008:31



teologi og har vært en sentral lærer for mange av dagens norske prester. Jeg velger derfor å gjøre rede for hans teologi om begrepet håp.

*"Det kristne håp er en funksjon av kristentroen, rettet fremad mot fullendelsen av det Guds rike som ble forberedt gjennom Israels utvelgelse som Guds folk og grunnlagt ved Kristi frelsesverk."*<sup>95</sup>

Det kristne håp knyttes her an til eskatologien. Framtidsdimensjonen blir viktig, og Aalen knytter håpet fast til trosbekjennelsens formulering om "legemets oppstandelse og det evige liv". Dette håpet uttrykkes også i salmer. Martin Luther selv har skrevet følgende salme:

*"Oppstandelsen og livet visst,  
det er den Herre Jesus Krist;  
ved tro på ham vi livet får  
om enn vårt legems liv forgår,  
og den som lever og som tror  
skal aldri dø, det er Guds ord"*<sup>96</sup>

Den tradisjonelle folkefromheten legger i sin forståelse av det kristne håpet vekt på det "å komme til himmelen". Også dette finner vi igjen i salmer som i eksemplet nedenfor:

*"I himmelen, i himmelen,  
hvor Gud, vår Herre, bor,  
der skal vi se ham som han er,  
i salighet så stor (...)"*<sup>97</sup>

Aalen tar til motmæle mot en slik forståelse av himmelen som et sted "der oppe" og sier at håpets egentlige gjenstand er at det himmelske rike som foreløpig er "skjult med Kristus i Gud" skal komme til oss og forvandle det falne skaperverket til "en ny himmel og

---

<sup>95</sup> Aalen 1982: 290

<sup>96</sup> NOS 841

<sup>97</sup> NOS 844

*en ny jord.*<sup>98</sup> Dette vil skje i og med dommen. Nyskapelsen er grunnlagt ved Kristi død og oppstandelse, og munner ut i sitt endelige nye skaperverk ved verdensdommen<sup>99</sup>

I "*Dogmatisk grunnriss*" drøftes ulike temaer og perspektiver innenfor eskatologien. Et spørsmål som drøftes under temaet "døden" er ulike syn på livets to utganger. Det slås fast at den legemlige død er avgjort og definitiv for alle mennesker. "*Slik alle mennesker må dø én gang og komme for dommen*"<sup>100</sup> Tanken om en skjærsild har ofte gjort seg gjeldene i Romerkirken, der nåden sees som at mennesket blir gitt en mulighet til gjennom helliggjørelsen og oppnå frelsen. Det som gjenstår ved livets slutt må renses i *purgatoriet*, skjærsilden. Tanken om skjærsilden har intet bibelsk holdepunkt, men er noe som har kommet til i tradisjonen til den katolske kirke. En annen tanke som har gjort seg gjeldene er annihilasjonstanken, som går ut på at mennesket som ikke blir frelst opphører å eksistere i og med døden. Aalen mener at døden ikke er det samme som eksistensens opphør og taler i mot denne tankegangen. Også de som blir dømt under dommen vil fortsette en tilværelse uten virkelig liv, utenfor skaperverkets livssfære i følge Aalens tolkning.<sup>101</sup>

Tanken om *apokatastasis*<sup>102</sup> eller *universalisme* er et annet syn på eskatologien som Aalen også taler imot. Dette synet hevder at alle til slutt skal reises opp til et evig liv. At Jesus soningsverk på korset for alle, innebærer at alle, både troende og ikke-troende vil bli frelst. Altså at frelsen er universell. Aalen trekker frem bibelens tale om to utganger som motargument mot en slik tolkning av Kristi frelsesverk.<sup>103</sup>

Den "vertikale" fortolkning av dommen, med en himmel oventil, og et helvete nedentil fremstilles som en forkrøpling av eskatologien. Men likevel ikke uten virkningshistorie også i den protestantiske kirke. Den "horisontale" domsforventning som ser frem mot Kristi gjenkomst ser på himmelen ikke som en hinsidig overetasje, men som et himmelsk rike som ved dommen kommer til verden.

---

<sup>98</sup> Joh. Åp. 21,1

<sup>99</sup> Aalen 1982: 290

<sup>100</sup> Hebr. 9,27

<sup>101</sup> Aalen 1982: 278-283

<sup>102</sup> Gresk for gjenopprettelse, kort for *apokatastasis panton* – alle tings gjenopprettelse jf. Aalen 1982: 288

<sup>103</sup> Aalen 1982: 288

*"Selv om den [tesen om fortapelsen] kan virke uforståelig ut fra den allmenngyldige nåde i Kristus (gratia universalis), er det snarest de andre løsninger på problemet (annihilasjon el. apokatástasis) som virker meningsløse ved langt fra å ta lov og evangelium alvorlig, særlig i forhold til syndefordervet som det bibelske grunnproblem."<sup>104</sup>*

Håpet hos Aalen dreier seg altså om et fremtidig gudsrike. Han taler for at dette håpet blir de troende til del, gjennom Kristi universelle nåde, og fremholder Luthers enkle predestinasjonslære. Denne fremholder at alle mennesker er utvalgt til frelse, men at mennesket selv kan velge å forbli i dåpens nåde, eller ikke. Aalen knytter det kristne evighetshåpet til sakramentene og troen på Jesus.

#### 4.2.2 Moltmanns håpsteologi

Jürgen Moltmann er en anerkjent og viktig reformert teolog fra siste halvdel av 1900-tallet. Han har jobbet mye med håpsteologi, og gav i 1964 ut boka *"Theology of Hope"*. Andre tilnavn til hans systematisk-teologiske fremstillinger har vært eskatologisk teologi, dialektisk teologi, korsteologi, politisk teologi, treenighetsteologi, samt frigjøringsteologi. For frigjøringsteologien har nok andre senere teologer vært viktigere, men Moltmann har bidratt til å legge til rette for denne retningen. Blant annet ved å fokusere på politisk teologi og ved å se på Jesu korsdød som en solidaritetshandling.<sup>105</sup>

Moltmann er tysk og han gjorde seg erfaringer som ble viktig for hans teologi da han i tre år var krigsfange hos allierte etter krigen. Her møtte han nød og lidelse. Her så Moltmann hvordan andre fanger kollapse psykisk, hvordan de oppgav alt håp og hvordan disse ble syke og døde. Det var også her han begynte å lese i Det nye testamente og kom til tro på Gud. En Gud som er med de lidende. Dette møte med Gud gav han en innskytelse til å håpe. Etter fangenskapet begynte han i 1948 å studere teologi ved Göttingen universitet. Lærerne her var influert av Karl Barth og hans dialektiske teologi. Fra Ernst Wolf og Bonhoeffer ble Moltmann opptatt av sosialetikk og kirkens samfunnsansvar. Luther og Iwand gav han en overbevisning om den frigjørende sannheten han fant i reformasjonens rettferdiggjørelseslære og korsteologi. Hans eskatologiske perspektiver ble influert av hans veileder Otto Weber. Han har vært

---

<sup>104</sup> Aalen 1982: 281-283

<sup>105</sup> Boston Collaborative Encyclopedia of Western Theology; Jürgen Moltmann. Hentet fra <http://people.bu.edu/wwildman/bce/moltmann.htm> (17.10.2012)

systematikk-professor og undervist frem til 1994, og er nå emeritus professor ved Tübingen universitet.<sup>106</sup>

#### 4.2.2.1 Teologiens utgangspunkt – korset

Sentralt i Moltmanns teologi er korset. Richard Bauckham, som har forsket på Moltmanns teologi hevder at Moltmann formulerer en moderne *theologia crucis*, lik Luthers teologi, der man ser korset som utgangspunktet for kristen teologi.<sup>107</sup>

Moltmann sier selv:

*"Thus ultimately it is not historical criticism which calls into question every church Christology and every humanist Jesuology, but the cross. He who proclaimed that the kingdom was near died abandoned by God. He who anticipated the future of God in miracles and in casting out demons died helpless on the cross."*<sup>108</sup>

Jesu hjelpeløshet og gudsforlatthet dveler Moltmann ved i sin teologi. Jesu utsagn på korset *"Min Gud, min Gud, hvorfor har du forlatt meg"*<sup>109</sup> er viktig og også kimen til mye av den kritikken Moltmann har fått. Han mener all kristen teologi er et forsøk på å besvare dette Jesu spørsmål på korset. Dette kommer jeg mer tilbake til under delkapittelet om det trinitariske korset, samt delkapittelet om Jesu solidaritetshandling.<sup>110</sup>

Korshendelsen forstås dialektisk i lys av både Jesu lidelse og død, men også Jesu oppstandelse og seier. Jesu lidelse gis teologisk mening, først sett i lys av oppstandelsen, og vice versa. Man kan ikke se kun på oppstandelseshåpet, uten også å minnes lidelsen og døden på korset. Dette vil gjøre håpet til en *illusjon*. Videre vil en fokusering på korshendelsens lidelse og død, uten oppstandelsen føre mennesket ut i *resignasjon*. Moltmanns to bøker *"Theology of Hope"* og *"The Crucified God"* blir dermed ikke å se på som motsetninger, men som ulike fokuseringspunkt på den samme korshendelsen. Jesu

---

<sup>106</sup> Boston Collaborative Encyclopedia of Western Theology; Jürgen Moltmann. Hentet fra <http://people.bu.edu/wwildman/bce/moltmann.htm> (17.10.2012)

<sup>107</sup> Leer-Salvesen 2011: 187

<sup>108</sup> Moltmann 1972: 125 her sitert fra Leer-Salvesen 2011: 187

<sup>109</sup> Matt 27,46 og Mark 15,34

<sup>110</sup> Leer-Salvesen 2011: 196-199

lidelse og død gir på denne måten håpet dets kristne innhold. Noe som igjen skiller det ifra å være en utopi.

*"The theological foundation for Christian hope is the raising of the crucified Christ. Anyone who develops a 'theology of hope' from this centre will be inescapably reminded of the other side of that foundation: the cross of the risen Christ. So after publishing Theology of Hope, the logic of my theological approach led me to work more deeply on the remembrance of the crucified Christ. Hope without remembrance leads to illusion, just as, conversely, remembrance without hope can result in resignation."*<sup>111</sup>

#### 4.2.2.2 Korset som eskatologi

*Eschatologia crucis*, viser til at korshendelsen ikke bare er en historisk hendelse, men også den avgjørende eskatologiske hendelsen. Korshendelsen er der mennesket får del i løftet om at døden er overvunnet og at mennesket også får del i Kristi oppstandelse. Korshendelsen ses på som avgjørende, men ikke endelig. Eskatologiens foreløpighet oppsummeres slik:

*"Christian eschatology as a whole includes not only the anticipation of God's future in Christ, but also the distinction that has been called 'the eschatological proviso'. This 'proviso' says that although Christ has already been raised from the dead, we have not yet been raised. Through the strength of grace Christ has broken the power of sin, but the end of death's reign is still to come. So in Christ we are indeed already reconciled with God, but we still live and die in an unredeemed world, and together with this world look with longing for the new creation."*<sup>112</sup>

Spenningen mellom evangeliets oppstandelsesfortelling og vår fellesmenneskelige erfaring av dødens realitet formuleres i som et *allerede, men ennå ikke*. Moltmanns eskatologi er bærende for hele hans teologi, og ikke bare som *læren om de siste ting*. Denne eskatologiske vektingen gjør også at det fremtidige har forrang framfor både nåtid og fortid i teologien. Gudsriket er allerede tilstede, men først og fremst som et løfte om fremtiden. Dette løftet eller håpet for fremtiden er i seg selv med på å forandre og revolusjonere nåtiden.<sup>113</sup>

---

<sup>111</sup> Moltmann 1972: ix. her sitert fra Leer-Salvesen 2011: 187-188

<sup>112</sup> Moltmann 1995: 104 her sitert fra Leer-Salvesen 2011: 189

<sup>113</sup> Leer-Salvesen 2011: 189

#### 4.2.2.3 Det trinitariske korset

Korset er utgangspunktet for Moltmann treenighetslære. Han ser på treenigheten som gjennomført relasjonell og viser til implikasjoner dette har for både relasjonen mellom Gud og mennesker og menneskene imellom. I forbindelse med skapelsen vegrer Moltmann seg mot å knytte dette til Gud Faderen, men ser særlig på Den hellige ånds handling i skapelsen. Dette gjøres ved å vektlegge *shekinah*, Guds pust, som en del av alt det skapte. Denne pneumatologiske fortolkning av skapelsen, viser til at hele treenigheten var medvirkende i skapelsen. Denne delen av Moltmanns teologi hører til hans senere verker. Han har tidligere vært kritisert for i for stor grad å vektlegge forhold mellom Faderen og Sønnen, særlig ved å se på forholdet disse i mellom i tilknytning til korshendelsen.<sup>114</sup>

Treenighetslæren hos Moltmann legger som sagt vekt på relasjonen innad i treenigheten. De tre gudommelige personene lever sammen med hverandre, for hverandre og i hverandre. Han kritiserer et for sterkt fokus på en monoteistisk Gud, da dette kan innebære at man ser for seg en Gud uten Kristus, og likedan en Kristus uten Gud. Dette regner Moltmann som "ukristelig" og skriver følgende: "*The doctrine of the Trinity is (...) the Christianization of the concept of God*"<sup>115</sup>

#### 4.2.2.4 Gud er kjærlighet

*"God is love'. In other words, God does not just love as he is angry, chooses or rejects. He is love, that is, he exists in love. He exists in love in the event of the cross"*<sup>116</sup>

Ved dette sier Moltmann at kjærlighet ikke kan sees på som et attributt som tillegges Gud. Kjærlighet er ikke lik andre attributter som hellig eller allmektig. Men Gud er kjærlighet i seg selv, jamfør 1. Johannes 4,8. Kjærligheten går ut over seg selv, og er til for andre. Selv innad i treenighetsfelleskapet lever de tre personene for hverandre i fullstendig kjærlighet. På bakgrunn av Moltmanns definisjon av både monoteisme og kjærlighetsattributtet, kan ikke en monoteistisk Gud være kjærlighet. Leer-Salvesen eksemplifiserer det ved følgende sitat fra Moltmann:

---

<sup>114</sup> Leer-Salvesen 2011: 146-146 samt 190-191

<sup>115</sup> Moltmann 1980: 132 her sitert fra Leer-Salvesen 2011: 146

<sup>116</sup> Moltmann 1972: 244 her sitert fra Leer-Salvesen 2011: 192

*"Because he not only loves but is himself love, he has to be understood as the triune God. Love cannot be consummated by a solitary subject. (...) If God is love he is at once the lover, the beloved and the love itself."*<sup>117</sup>

#### 4.2.2.5 Jesu solidaritetshandling

Gud som en medlidende Gud er et viktig poeng for Moltmann. Han dveler som tidligere nevnt ved Jesu utrop på korset *"Min Gud, Min Gud hvorfor har du forlatt meg"*<sup>118</sup>.

Moltmann spør seg om også Gud, som Gud Fader lider på korset. Moltmann finner at både Faderen og Sønnen lider på korset. Faderen lider ved at han mister sin sønn, og sønnen lider både ved å dø og også ved å virkelig bli forlatt av Gud Fader. Det trinitariske paradokset, ved at Jesus som er Gud kan bli forlatt av Gud, har gitt grunnlag for kritikk av Moltmanns syn. Flere kritikere<sup>119</sup> ser på Jesu utsagn som uttrykk for Jesu følelse av å bli forlatt på korset, mens Moltmann ser på det som uttrykk for at Jesus faktisk ble forlatt. Gjennom det opplevde han et absolutt helvete, som eneste menneske som noen gang har blitt forlatt av Gud.<sup>120</sup>

Kritikken mot Moltmann går på dette punkt ut på at han ikke tar på alvor det trinitariske perspektivet som tilsier at Gud ikke kan deles, så Gud Fader og Jesus var aldri reelt fraskilt. Leer-Salvesen hevder at kritikerne her selv ikke tar på alvor spenningene som finnes hos Moltmann selv, da Moltmann snakker om både en seperasjon, men også en forening. Sønnen er virkelig forlatt, Faderen opplever virkelig å miste sønnen, men samtidig er de forent i viljen og kjærligheten. Flere argumenter trekkes frem i kritikken av Moltmanns forståelse. Sölle hevder at en slik forståelse innebærer at Gud selv er årsak til lidelsen, og ved dette blir Gud en sadistisk Gud. Stålsett skiller mellom *følelsen av gudsforlatthet* og *virkelig gudsforlatthet*, og hevder at Moltmann har rett i å hevde *følelsen*, men ikke for påstanden om *virkelig gudsforlatthet*. Lars Holmberg mener å finne enkelte tegn til at Moltmann modererer sin påstand i senere verker, men Leer-Salvesen hevder det er på et for tynt grunnlag Holmberg konkluderer med dette. Da

---

<sup>117</sup> Moltmann 1980: 244, her sitert fra Leer-Salvesen 2011: 192

<sup>118</sup> Matt 27,46 og Mark 15,34

<sup>119</sup> Herman Dembowski, Gerrard Rossé, Dorothee Sölle og Sturla Stålsett jf. Leer-Salvesen 2011: 195-201

<sup>120</sup> Leer-Salvesen 2011: 195-196

Moltmanns forfatterskap er svært mangfoldig og rikt, vil det være problematisk å legge for stor vekt på enkelte sitater i følge Leer-Salvesen.<sup>121</sup>

#### 4.2.2.6 Jesu død for våre synder

Moltmann forstår korsdøden som en sentral del av Jesu frelsesgjerning ved at han dør "for våre synder". Moltmann skriver:

*"All men [...] are sinners and fall short of the glory of God' [...] There is no distinction here, and there cannot be any distinctions. All are sinners without distinctions, and all are made merit on their part by his grace which has come to pass in Christ Jesus"*<sup>122</sup>

Likevel har frelsesbegrepet et større omfang hos Moltmann, da han vektlegger både syndstilgivelsen og solidaritetsaspektet i soteriologien. Han har et tradisjonelt syn når han hevder at mennesket i seg selv er synder og ikke selv kan gjøre noe fra eller til med den situasjonen. Men Jesus tok menneskenes plass og gjorde det mulig for mennesket å ha en relasjon til Gud.<sup>123</sup>

*"Expiation for sins always has a retrospective character. Its future concern is the restitio in integrum, not the beginning of new life. Nevertheless, these ideas of expiation are important in that they show: 1. How little unrighteous man can achieve his own righteousness, how there can be no new future for him without the acceptance of guilt and liberation from it, at least through good intentions by which he only denies himself; 2. that as the Christ of God, Jesus took the place of helpless man as his representative and in so doing made it possible for man to enter into communion before God in which he otherwise could not stand and survive; 3. that in the death of Christ God himself has acted in favour of this man."*<sup>124</sup>

Med Moltmanns håpsteologi har det fremtidige også forrang i hans teologi. Dette er viktig da hans forståelse av syndsforlatelse alltid er retrospektiv, mens Jesu lidelse, død og oppstandelse peker fremover mot noe helt nytt. Gudsriket blir ikke forstått som en gjenopprettelse av paradiset, slik vi leser om det i Genesis, men noe vesentlig nytt. Dermed blir frelsen mer enn syndstilgivelse.<sup>125</sup>

---

<sup>121</sup> Leer-Salvesen 2011: 196-198

<sup>122</sup> Moltmann 1972: 194-195 her sitert fra Leer-Salvesen 201-202

<sup>123</sup> Leer-Salvesen 2011: 202

<sup>124</sup> Moltmann 1972: 24 her sitert fra Leer-Salvesen 2011: 202

<sup>125</sup> Leer-Salvesen 2011: 202-203



Med vektingen av det fremtidige, blir også solidaritetshandlingen vektlagt. Kristus ble bror til de foraktede, forlatte og nedtrykte. Leer-Salvesen ser denne forståelsen av det spesielle forholdet mellom Kristus og undertrykte, som overførbar til mennesker i sorg.<sup>126</sup> Jeg mener den også er overførbar til mennesker med langt fremskridende kreftsykdom, som kan gi håp om en Gud som er tilstede i lidelsen.

#### 4.2.2.7 Oppstandelsen

*"Christianity stands or falls with the reality of the raising of Jesus from the death".<sup>127</sup>*

Samtidig som oppstandelse er en virkelig historisk hendelse, er den også den avgjørende eskatologiske hendelse i Moltmanns teologi. På denne måten vektlegger Moltmann både fortidens historiske oppstandelse og den fremtidige oppstandelse ved Gudsrikets fullbyrdelse. Det kristne fremtidshåpet har sitt utspring i troen på oppstandelsen.

*" The Christian hope for the future comes of observing a specific, unique event – that of the resurrection and appearing of Jesus Christ"<sup>128</sup>*

Begrepene håp og påminnelse er viktige for oppstandelsen hos Moltmann.

*" Hope without remembrance leads to illusion"<sup>129</sup>*

Ved Jesu oppstandelse får også menneske del i løftet om at døden er overvunnet, selv om både lidelse og død fortsatt er en realitet ennå. Likevel må *"håpende mennesker"* protestere mot lidelsen og døden, da oppstandelsen sees på som en gudommelig protesthandling.

*"The raising of Christ is not merely a consolation to him in a life that is full of distress and doomed to die, but it is also God's contradiction of suffering and death, of humiliation and offence, and of the wickedness of evil. Hope finds in Christ not only a consolation in suffering, but also the protest of the divine promise against suffering."<sup>130</sup>*

---

<sup>126</sup> Leer-Salvesen 2011: 203

<sup>127</sup> Moltmann 1964: 165 her sitert fra Leer-Salvesen 2011: 204

<sup>128</sup> Moltmann 1964: 194 her sitert fra Leer-Salvesen 2011: 204

<sup>129</sup> Moltmann 1972: ix her sitert fra Leer-Salvesen 2011: 206

<sup>130</sup> Moltmann 1964: 21 her sitert fra Leer-Salvesen 2011: 205

Her viser Moltmann at oppstandelsen både bringer trøst og protest. Trøsten er uløselig knyttet til troen på oppstandelsen. Protesten er Guds opprør mot lidelsen.

#### 4.2.2.8 Universalisme

Et viktig poeng som skiller Moltmann fra Aalens teologi, dreier seg om hvorvidt det er grunnlag for å ha et partikulært eller universalistisk syn på frelsen. Aalen har som tidligere nevnt en partikulær forståelse av dommen, og tolker dette til at livet har to utganger. Til frelse for de troende og til fortapelse for de ikke-troende. Dette taler Moltmann imot, og hevder en universalistisk frelse for alle mennesker, i og med Jesu Kristi død og oppstandelse, uavhengig av menneskets egen evne til å tro.

Moltmann taler imot en forståelse av Jesu gjenkomst som verdens ende, forstått slik at verden opphører og kun de troende reises opp til et evig liv. Han hevder at et slikt syn innebærer at Gud som dommer står i mot Gud som skaper. At alle ting skapes nye, handler ikke hos Moltmann om at det gamle blir tilintetgjort, men at det nyskapes til noe vesentlig nytt. Annihilasjonstanken går Moltmann i mot, som en selvmotsigelse.<sup>131</sup>

Synet på dommen som en rettslig prosess i menneskelig forstand er heller ikke sannferdig. Bildet av Jesus med et toegget sverd i munnen, som utøver gjengjeldende rettferdighet mot mennesker, belønning og straff, er ikke til å kjenne igjen fra det nytestamentlige vitnesbyrd. Bildet av denne straffende Guden har ført til mye åndelig og psykologisk skade. Det har skapt frykt framfor tillit, og videre ført folk til en avvisning av Gud generelt. For det sjelesørgeriske møte med døende er det relevant at Moltmann skriver at denne forståelsen har økt døendes frykt for døden, gjennom frykten for helvete.<sup>132</sup>

Moltmann beskriver sin rettferdighetsforståelse som en rettferd som gjenreiser mennesket. Slik at det ikke lenger er offer og overgriper. Den korsfestete Jesus har tatt på seg lidelsen og skylden på korset, og vunnet over døden i oppstandelsen.

*"The divine justice which Christ will bring about for all human beings and for all things will not be the justice that establishes what is good and what is evil; nor will it be the retributive*

---

<sup>131</sup> Moltmann 2010: 132-133

<sup>132</sup> Moltmann 2010: 134

*justice which rewards the good and punishes the wicked. It will be God's creative justice, which brings justice for the victims and puts perpetrators right. The victims do not have to remain victims to all eternity, and the perpetrators do not have to remain perpetrators forever.*"<sup>133</sup>

Bøker som *"Left behind"*-serien<sup>134</sup> og Hal Lindsays *"The Late Great Planet Earth"* har hatt svært mange lesere og skriver ut fra en dispensational forståelse av endetiden. En forståelse som fremmer en venn-fiende tenkning og som har sitt grunnlag i evangelisk kristne miljøer i USA. Bøkene ble skrevet med en overhengende trussel om atomkrig og et markant fiendebilde i Sovjetunionen. Jesu gjenkomst som verdens ende og tanken rundt tusenårsriket står sentralt her. Moltmann skriver at et slik venn-fiende bilde ble brukt av nazistene, også i deres teologi. Med en dobbel utgang på dommen vil dette bidra til å bygge opp skillelinjene også i nåtiden. Troende og ikke-troende vil være fiender også i nåtiden. Dette synet sees på som ugudelig av Moltmann, for Gud er verken mot de ikke-troende eller ugudelige, men *"Gud lukket alle inn i ulydigheten for å kunne forbarme seg over alle"*<sup>135</sup>. Bare gjennom å fjerne skillet mellom troende og ikke-troende hevder Moltmann at vi kan møte alle slik Jesus møtte sine medmennesker.

*"So we must view and respect all human beings, whatever they believe or don't believe, as those on whom God has had mercy. Whoever they are, God loves them, Christ has died for them as well, and God's spirit works in their lives too. So we cannot be against them."*<sup>136</sup>

Moltmann skriver oppsummerende at enhver teologi basert på nåde tenderer mot universalisme, mens enhver teologi basert på tro tenderer mot partikulærisme. I opposisjon til troskriteriet som avgjørende for frelsen hevder Moltmann at om dette sees som uttrykk for menneskets frie vilje, ender man opp med å ta bort Guds nåde og gjøre frelsen til et menneskelig anliggende. Altså en antroposentrisk, fremfor en teosentrisk tilnærming til frelsen. En nådeteologi gjør mennesket ydmyk og forener alle mennesker. Likevel sier Moltmann at han finner belegg for ulike tolkninger i bibelen, særlig med henblikk på dommen i Matt 24-25 og Mark 13, men at hans universalistiske syn også har bibelsk belegg gjennom Paulus og den gammeltestamentlige konsepsjon av

---

<sup>133</sup> Moltmann 2010: 135

<sup>134</sup> Tim La Haye og J.B. Jenkins

<sup>135</sup> Rom 11,32

<sup>136</sup> Moltmann 2010: 144

gudommelig rettferd. Disse bibelske synene kan ikke harmoniseres, og derfor må de vurderes utfra teologiske argumenter, som vist ovenfor.<sup>137</sup>

### 4.2.3 Oppsummering av håp i teologi

Håp hos Leiv Aalen handler i hovedsak om eskatologi. Om Gudsrikets komme og fullendelse. Dette håpet er fremtidsorientert. For å ha del i dette håpet fremholder han et partikulært frelsesyn, der troen på Jesus er kriteriet for det evige liv. Moltmann vektlegger også eskatologien i sin håpsteologi, og gir det fremtidige forrang foran fortid. Likevel er fremtidshåpet svært viktig for nåtiden, da det allerede nå kan være med på å sette både ofre og overgripere fri. Gud er medlidende med alle lidende i verden, og viste dette gjennom Jesu solidaritetshandling på korset. Oppstandelse er også Guds protest mot all lidelse, og hans seiersmerke over døden. Dette er til trøst for menneskene, og gir håp. For mennesker med langt fremskreden kreftsykdom kan vi se på tre relevante sider av et kristent håp.<sup>138</sup>

#### 4.2.3.1 Håp om helbredelse

Håpet om helbredelse er viktig for kreftpasienter, og i Torbjørnsens undersøkelse fant han at alle de som brukte bønn som religiøs mestringsstrategi<sup>139</sup> ba om nettopp helbredelse.<sup>140</sup> Flere av fortellingene fra evangeliene taler om Jesu undergjerninger generelt og hans helbredelser spesielt. Mange av historiene dreier seg om helbredelser utført av Jesus, men noen omtaler også at disiplene helbreder i Jesu navn. På denne bakgrunn kan håpet om en mirakuløs helbredelse også være en del av pasientenes håp. Dette håpet er blitt formidlet gjennom historien i den kristne kirke, og de første legene var prester eller munk. Helbredelse er også nevnt i nådegavelistene til Paulus<sup>141</sup> og er da knyttet til spesielle gaver. I kirken utføres forbønn for syke og forbønnen inngår ofte som en del av et sjelesørgerisk møte. Et slikt helbredelseshåp mener jeg ikke trenger å stå i veien for pasientens evne til å akseptere og forsone seg med sin situasjon, slik vi møter det i fortellingen om Margrethe.<sup>142</sup> Helbredelseshåpet kan eksistere parallelt med

---

<sup>137</sup> Moltmann 2010: 148

<sup>138</sup> Isaksen, Sjur 2012. Forelesningsnotater *TEOL8510 Omsorg ved livet slutt*. 22.10.2012

<sup>139</sup> *Religious Coping* basert på Kenneth Pargaments teori.

<sup>140</sup> Torbjørnsen 2011: 242

<sup>141</sup> 1. kor 12,9

<sup>142</sup> Se delkapittel 3.2.2

en stadig større grad av realitetsorientering og akseptasjon av at døden er den sannsynlige utfallet av sykdomsforløpet.

#### 4.2.3.2 *Håp om Guds nærvær i lidelsen*

Et annet aspekt av håp kan være tanken om Gud som nærværende hos de lidende. Dette er som tidligere nevnt viktig i Moltmanns håpsteologi. Håpet innebærer at Gud er tilstede uansett, i alle dager og alle slags dager. I følge Isaksen utgjør erfaringen av dette nærværet en forskjell for mange alvorlig syke og døende.<sup>143</sup> Dette poenget trakk også Moltmann frem etter sine erfaringer fra fangeleirer etter krigen.<sup>144</sup> Et religiøst evighetshåp kan bidra til redusert dødsangst, og kan videre sees på som et uttrykk for Guds nærvær midt i all lidelsen. Samtidig kan det også føre til en tilleggsbelastning, slik vi kan se det i fortellingen om Margethe,<sup>145</sup> når forventingen til Guds inngripen er større enn det som erfares.

Gud som nærværende hos lidende møter vi i Moltmanns teologi som Jesu solidaritetshandling på korset. Jeg vil også hevde at Jesu liv blant utstøtte og syke vitner om en slik gudsforståelse som sannferdig og god i møte med kriser. Også Torbjørnsen peker på dette som en del av den religiøse mestringen. Han finner at dette nærværet gav pasienter både *trøst/comfort* og *styrke/empowerment*. Denne opplevelsen av gudsnærvær var ikke betinget av et kristent livssyn.<sup>146</sup>

#### 4.2.3.3 *Evighetshåp*

Qvarnstrøm fant at de to pasientene med en grunnfestet religiøs tro aksepterte sin skjebne så godt som umiddelbart, da de fikk diagnosen.<sup>147</sup> Også Torbjørnsen fant at håpet om å få *"reise hjem til Jesus"* var viktig for pasienten Anna i hans undersøkelse.<sup>148</sup> Håpet om et evig liv er sentralt i evangeliens tale om oppstandelsen, i de eskatologiske tekstene og i Jesu løfter om at hver den som tror aldri i evighet skal dø.<sup>149</sup> Dette er et håp om gjenopprettelse av livet ved oppstandelsen. En gjenopprettelse som innebærer at vi

---

<sup>143</sup> Isaksen, Sjur 2012. Forelesningsnotater *TEOL8510 Omsorg ved livet slutt*. 22.10.2012

<sup>144</sup> Boston Collaborative Encyclopedia of Western Theology; Jürgen Moltmann. Hentet fra <http://people.bu.edu/wwildman/bce/moltmann.htm> (17.10.2012)

<sup>145</sup> Se delkapittel 3.1.2 *Når troen brister*

<sup>146</sup> Torbjørnsen 2011: 238

<sup>147</sup> Qvarnstrøm 1982: 78

<sup>148</sup> Torbjørnsen 2011: 98

<sup>149</sup> Joh 11,26

står legemlig opp og at vi igjen kan ha en fullkommen relasjon til Gud vår skaper. Moltmann ser på denne gjenopprettelsen som noe vesentlig nytt, da alleting skapes nye, og utfra hans universalistiske frelsessyn gjelder dette håpet alle mennesker uavhengig av religiøs tro.

Vesentlig for mange er også håpet om et gjensyn med sin familie og sine kjære, som i følge Aalen ikke har særlig sterkt skriftbelegg. Håp om hvile og fred i Gud, kan også være relevant, særlig for pasienter som lider på grunn av store smerter og fatigue. Spørsmål omkring hva som skjer med oss etter døden, og eventuelt et håp om liv utover dette livet, er ikke spesifikt for pasienter med et kristent livssyn.

### 4.3 Håp i sykepleien

*"Håp er antakelig et av de mest sentrale begrepene for uhelbredelig syke pasienter"*<sup>150</sup>

Også innen sykepleien og medisinen har det de senere årene blitt jobbet en del med begrepet håp, særlig i møte med alvorlig syke og døende. Dette kommer blant annet som en reaksjon på medisinsens nokså endimensjonale syn på mennesket, der mennesket tidvis har blitt sett på mer som en mekanisk materialistisk ting, enn som et helt menneske med kropp og tanker.<sup>151</sup> Hospice-kulturen vil ta et oppgjør med denne form for medisinsk kultur og også forsøke å ivareta pasientens sosiale, eksistensielle og åndelige behov.<sup>152</sup>

Innenfor sykepleiefaget har man hentet ulike definisjoner på begrepet håp, fra ulike fagdisipliner. Her velger jeg å se på de som hører inn under sykepleien som fagfelt. Blant de mest sentrale sykepleieteoretikerne innen håp nevner Utne og Rustøen følgende: Joyce Travelbee, Karin Dufault, Benita C. Martocchio og Mary Nowontny. Disse tar utgangspunkt i begrepet håp som et flerdimensjonalt fenomen.

---

<sup>150</sup> Busch, Christian Juul og Hirsch, Anne, *Eksistensiell og åndelig omsorg* i Kaasa 2008: 125

<sup>151</sup> Rustøen 1996: 34-35

<sup>152</sup> Isaksen, Sjur. Forelesningsnotater TEOL8510 *Hospice-filosofi og palliativ omsorg*, mars 2012: 4

*"Travelbee definerer håp som et mentalt stadium karakterisert ved ønsket om å nå en slutt eller et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det er oppnåelig. [...] Håp er sterk relatert til avhengighet av andre, håp er framtidorientert, håp er relatert til valg, håp er relatert til ønske, håp har en nær sammenheng med tillit og utholdenhet og håp er relatert til mot"<sup>153</sup>*

Nowotny sier at håp er

*"et seksdimensjonalt kjennetegn ved mennesket som er framtidorientert, inkluderer aktiv involvering av individet, kommer fra ens indre, er mulig, er relatert til andre eller til et høyere væren og er relatert til et meningsfullt resultat for individet"<sup>154</sup>*

Dufault og Martocchio definerer det slik:

*"Håp er flerdimensjonal dynamisk livskraft som er karakterisert ved en tillit til fremtiden som en kan feste tiltro til, men som likevel kan være usikker med hensyn på å oppnå et framtidig gode, som for den som håper, er realistisk mulig og personlig betydningsfullt."<sup>155</sup>*

Utne og Rustøen viser videre til hvordan Dufault og Matocchio ser på håp i seks dimensjoner. *Affektdimensjonen* omhandler følelsene. For eksempel optimisme eller evnen til å se lys i enden av tunnelen, også i vanskelige livssituasjoner. Den *kognitive* dimensjonen viser hvordan håp er relatert til tanker, forståelse, vurdering og ønsker hos pasientene. *Atferdsdimensjonen* vektlegger handling på psykologiske, fysiske, sosiale eller religiøse plan. *Felleskapsdimensjonen* vektlegger betydningen av sosial nærhet og gjensidig avhengighet, være seg til mennesker, Gud, kjæledyr eller natur. *Tidsdimensjonen* ser på fortid, nåtid og framtid. Minner og erfaringer representerer fortid, mens nåtidig situasjon påvirker synet på fremtiden. Den *kontekstuelle* dimensjonen omhandler den totale livssituasjonen til pasienten, som påvirker menneskets håp. Håpet er påvirkelig fra pasientens omgivelser. Denne inndelingen er gjort på bakgrunn av en toårig studie av håp hos kreftpasienter og terminale pasienter. I likhet med Kant og Kierkegaard deler de håpet i to sfærer, universelt og spesifisert håp. Begge disse sfærene kan bli truet av en kreftsykdom.<sup>156</sup>

---

<sup>153</sup> Utne, Inger og Rustøen, Tone, *4 Håp hos mennesker med kreft* i Schjølberg 2010: 63

<sup>154</sup> Utne og Rustøen 2010: 63

<sup>155</sup> Utne og Rustøen 2010: 63

<sup>156</sup> Utne og Rustøen 2010: 64

### 4.3.1 Håp hos mennesker med kreft

*"Det finnes knapt kreftpasienter som sier at de ikke har tenkt på håp i forbindelse med det å ha en kreftsykdom."*<sup>157</sup>

#### 4.3.1.1 Mattioli et al.

Pasientene med kreft svarte i en intervjustudie<sup>158</sup> at de nå fokuserte på et "større bilde" og levde mer i nuet. De ble spurt om hva de håpet på. Sykdommen skulle ikke få kontrollere livet deres, de håpet å være fri for smerter og ønsket å skjerme seg mot sykdommens negative konsekvenser. De håpet på mer tid med familien, og denne sosiale støtten påvirket håpet. De gav også uttrykk for at det å snakke med andre hjalp dem å mestre livet.<sup>159</sup>

#### 4.3.1.2 Rustøen

Rustøen har selv funnet at håpet er sterkere<sup>160</sup> hos pasienter med kreft eller hjertesvikt enn hos resten av befolkningen.<sup>161</sup> Etersom pasientene i denne undersøkelsen anså sin helse for å være dårligere enn normalbefolkningen, kunne man antatt det motsatte. I sin diskusjon ser Rustøen på om hvorvidt det har skjedd et responskifte, en reevaluering av hva som er viktig i livet hos disse pasientene. Fokuset for håpet kan ha endret seg fra langtidsperspektiv til å være glad for hver dag en får leve. Styrket håp kan også være en mestringsstrategi i møte med en vanskelig livssituasjon. Dette er ikke nødvendig for normalbefolkningen. Håpet er særlig sterkere på påstanden "*Jeg kan huske lykkelige stunder*", som kan peke i retning av at fremtiden er forbundet med usikkerhet, og at håp nå innebefatter å minnes gode ting som har vært. Alle grupper har lavest håp knyttet til påstanden "*Jeg har en tro som gir meg trøst*", men også her har pasientene et noe sterkere håp enn resten av befolkningen. Studien er kvantitativ og diskusjonen bærer preg av at Rustøen har statistikk og egne erfaringer og refleksjoner å bygge sine påstander på. På påstanden om "*jeg er redd for hva fremtiden vil bringe*" uttrykte kreftpasientene større bekymring enn befolkningen ellers. Dette er ifølge Rustøen i

---

<sup>157</sup> Utne og Rustøen 2010: 64

<sup>158</sup> Note 24 i Utne og Rustøen 2010: 71

<sup>159</sup> Utne og Rustøen 2010: 66

<sup>160</sup> Ved bruk av Herths Håpsindeks (HHI). Se Utne og Rustøen 2010:: 64-65

<sup>161</sup> Rustøen, Tone, *Endrer håpet seg med diagnoser* i i Omsorg – Nordisk tidsskrift for palliativ medisin 3/2008: 7-11



samsvar med annen forskning på palliative kreftpasienter. Bekymringene dreier seg om fremtiden, om egen evne til å mestre sykdommen og hvordan deres død vil innvirke på deres nærmeste.<sup>162</sup>

#### **4.3.1.3 Reynolds**

Enda en annen studie<sup>163</sup> av Reynolds beskriver håpet hos kreftpasienter mellom 20 og 59 år som sterkt. På en skala fra 0-10, var gjennomsnittet 8,67, og ingen hadde håp under score 5. Disse beskrev håpet som framtidsorientert, motivasjonsfaktor og assosiert med det å lære seg noe nytt. Også religiøse eller åndelige tema ble aktualisert, og ord som tro og livsfilosofi ble brukt, uten å knytte det mot en spesiell trosretning. Håp ble også beskrevet som gode følelser og optimisme. Videre så pasientene symptomene fatigue, kvalme og smerter som trusler mot håp, sammen med manglende forståelse fra pårørende. Likevel endret ikke håpet seg over tid hos disse pasientene. Styrkende for håpet var nær familie, venner, sosiale aktiviteter og helsepersonell som var gode lyttere.

<sup>164</sup>

#### **4.3.1.4 Benzein et al.**

Studien til Benzein<sup>165</sup> og flere omhandlet håp hos kreftpasienter som mottok hjemmesykepleie. Håpet om å få leve litt lenger var viktig for denne gruppen. Håpet endret seg når de fikk vite at kurativ behandling ble erstattet av palliativ behandling. Fokuset nå var gode dager her og nå, og en re-evaluering av hva som var viktig i livet. De uttrykte videre at de følte seg dratt mellom to verdener, mellom viljen til å leve og det å forberede seg på å dø. Åndelige spørsmål om meningen med livet ble også aktualisert.

Håpet om å kunne bli kurert var også svært sentralt. Selv om sjansene var minimale ønsket de å tro at et mirakel kunne skje. Dette håpet var også knyttet til det å motta palliativ behandling. Så lenge de fikk behandling var det et håp om kurasjon. Sykdomssymptomer var avgjørende for håpet, særlig smerte. Bekreftende relasjoner var også viktig for å bygge håp. Pasientene trakk frem relasjonen til familie, venner, seg selv og også andre pasienter med inkurabel kreft.

---

<sup>162</sup> Rustøen 2008: 11, samt Utne og Rustøen 2010: 68

<sup>163</sup> Se note 25 i Utne og Rustøen 2010: 71

<sup>164</sup> Utne og Rustøen 2010: 66

<sup>165</sup> Se note 3 i Utne og Rustøen 2010: 71

*"Håp var for disse pasientene å være godt forberedt til å dø, både praktisk og følelsesmessig. En måte å oppnå dette på var å se tilbake på livet å snakke om minner"*<sup>166</sup>

#### **4.3.1.5 Sammenfatning av håp hos mennesker med kreft**

Håpet er slik vi har fått det beskrevet ovenfor svært viktig for mange kreftpasienter. I studiene over finner vi at familie og sosiale relasjoner er viktig for dette håpet. Som trussel nevner alle studiene smerte som en trussel mot håpet.<sup>167</sup> Sykepleiefaget henter inn håpsdefinisjoner i fra filosofien og bruker disse inn i deres praktiske fag. Definisjonene vektlegger pasientenes psykiske helse i møte med somatisk sykdom. Håpet er viktig for å bidra til en god avslutning av livet, enten man håper på helbredelse og forlenget liv, eller man reorienterer håpet til å fokusere på en god avskjed med familie, gode dager uten smerte, eller tilbakeblikk på et godt liv.

Denne reorienteringen som særlig nevnes av Benzein et al. er relevant for den sjelesørgeriske tilnærmingen. Ved å kunne håpe på noe nytt, eller revurdere prioriteringer og verdier i livets slutfase kan dette bidra til bedring i nære relasjoner, som igjen trekkes frem som viktig for mange av pasientene. Likevel tror jeg det kan være lurt å ikke forvente at på grunnlag av en alvorlig sykdom vil konflikter i familie og lignende lettere kunne håndteres og forsones. Dette er det ikke blitt pekt på i noe av forskningen, jeg har heller ikke med min beskjedne erfaring fra PKU-kurset opplevd det slik. Muligheten for dette vil være til stede, dersom dette er et ønske fra pasient og pårørende. En klisjé lik *"slik man lever, slik dør man"* kan ofte være tilfelle, men som sjelesørger bør man ha en intensjon om å gjøre møte med døden så godt som mulig. Kanskje innebærer dette også en utfordring til å gjøre om på deler av det som har vært vondt i livet.

De ovennevnte studiene er i hovedsak gjort av sykepleiere og leger, og med et ønske om en helhetstenkning rundt pasientens situasjon. Som prest vil fokuset i mindre grad være på behandling, men først og fremst handle om de åndelige og eksistensielle behovene til pasienten. At dette også påvirkes av de sosiale og fysiske behovene, er selvsagt. Forfatterne til både disse studiene og teoriene i kapittel to har helsefaglig bakgrunn. For

---

<sup>166</sup> Utne og Rustøen 2010: 67

<sup>167</sup> Utne og Rustøen 2010: 67

sjelesørgeren som kommer med et annet mandat, og med en annen tilnærming kan det være viktig å reflektere over denne forskjellen. Sykepleierne møter pasienten svært nært og intimt, blant annet gjennom stell, og har mulighet for å benytte et annet register innenfor omsorg for pasienten gjennom behandling. Framfor presten er pasienten mindre avkledd, og dette kan være viktig for pasienten. Det kan hende at noe av det mest intime eller private skal få lov og være usagt. Da bør sjelesørgeren merke seg dette og respektere disse grensene. Dette kan være en måte for pasienten å opprettholde noe av sin kontroll over eget liv og verdighet. Dette kommer inn under den sjelesørgeriske tilnærming som vi tar for oss i neste kapittel.

## 5 Sjelesørgerisk tilnærming

### 5.1 Åndelig omsorg og lengsler

Verdens helseorganisasjon definerer lindrende behandling på følgende måte:

*”Aktiv behandling, pleie og omsorg av pasienter med en inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer, samt tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer, må være sentrale. Målet med all behandling, pleie og omsorg er å gi pasienten og hans familie best mulig livskvalitet. Mye av modellen for behandling, pleie og omsorg er også anvendbar tidligere i sykdomsforløpet, samtidig som det gis kurativ eller livsforlengende behandling.”<sup>168</sup>*

For inkurabile kreftpasienter er god palliativ behandling viktig, og som definisjonen beskriver handler dette om mer enn vanlig skolemedisin og symptomlindring. God åndelig omsorg er en viktig del. Jeg vil derfor her gjøre rede for noen kriterier for dette slik Tor Johan Grevbo skildrer det i sin artikkel i Omsorg.<sup>169</sup>

Åndelig omsorg kan forstås både snevert og vidt. I denne sammenheng bør det forstås vidt, slik at det også inkluderer utfordringer knyttet til mer enn bare religiøse spørsmål. Åndelighet forstås da som det som står igjen når man tar bort de fysiske og psykiske

---

<sup>168</sup> NOU 1999 2 Livshjelp: 4.6

<sup>169</sup> Grevbo, Tor Johan, ”Viskninger og rop” – Åndelige utfordringer innenfor palliasjon i Omsorg – Nordisk tidsskrift for palliativ medisin 2/2008: 31-38

sidene ved livet, kropp og sjel. Jeg opplever det som kunstig å snakke om kun åndelighet, da jeg er ikke finner et dualistisk menneskesyn i bibelen, og ønsker å forholde meg til hele mennesket i min sjelesørgeriske tilnærming. Likevel ser jeg at innenfor helsevesenet har det, i motsetning til i enkelte kirkelige miljøer med stor grad av åndeliggjøring, heller vært en fare for at de åndelige behov har blitt neglisjert. Dermed er palliasjonens fokus på hele mennesket viktig, og således en egen vekting av det Grevbo kaller åndelige utfordringer i livets slutfase. Grevbo taler for å se på tre dimensjoner ved åndelig omsorg.<sup>170</sup>

### 5.1.1 Åndelige hoveddimensjoner

Eksistens, verdi og livssyn er de tre dimensjonene Grevbo ser på som deler av det åndelige. Eksistensielle utfordringer dreiere seg om menneskelivets grunnvilkår. Spørsmål omkring *identitet og mening, lidelse og død, skyld og skam, ensomhet og isolasjon, frihet og ansvar, livsglede og livsmot* er alle relevante for livets dypeste grunnvilkår. Disse spørsmålene blir gjerne aktualisert i møte med alvorlig sykdom, og mange pasienter stiller seg disse mer eller mindre uttalt. I forhold til *livsglede og livsmot* trekker Grevbo frem spørsmålet: *"Finnes det fortsatt noe å håpe på i min situasjon, en liten gnist som kan gløde?"*<sup>171</sup> Dette er særlig relevant for inkurable syke, som forsøker å reorientere håpet, når håpet om kurasjon slukner. I et sjelesørgerisk møte der håpet om helbredelse er oppgitt, vil det ofte være nyttig å forsøke å finne andre ting å håpe på. For eksempel et håp om å kunne oppleve en sønn eller datters konfirmasjon eller en ny campingferie slik Karine håpet på.<sup>172</sup>

Verdi handler om hva som er virkelig viktig for oss på det menneskelige plan. Hva gir livet verdi i den aktuelle livssituasjon her og nå? Denne dimensjonen er tett knyttet til alle menneskets relasjoner. Forholdet til seg selv, til familie, venner, arbeid, ting, naturen, kunst, kultur, moralske standarder og selve livet er med på å definere hva som gir livet her og nå verdi. Spørsmål om hva som er det aller viktigste for pasienten her og nå, vil åpne for samtaler om verdispørsmål. Kan livet til nå være med på å gi pasientens liv en positiv verdi også i møte sykdommen? Noen pasienter spør seg også om *"Har jeg*

---

<sup>170</sup> Grevbo 2008: 32

<sup>171</sup> Grevbo 2008: 32

<sup>172</sup> Se delkapittel 3.1.1

*fortsatt noen verdi i min siste periode?"*<sup>173</sup> I møte med alvorlig sykdom og sin egen forestående død, mener Grevbo å kunne se at mange endrer sine verdier og prioriteringer. Prioriteringene blir mindre overfladiske og ting-orienterte, og mer dype og menneske-orienterte. Denne prosessen kan sjelesørgeren bidra til, selv om det også her er viktig med respekt for den andre og hans/hennes valg og prioriteringer.<sup>174</sup>

Livssyn er den mest åpenbare åndelig dimensjonen. Spørsmål omkring tro kan også bli aktualisert i møte med alvorlig sykdom. Mange mennesker har en tro på noe utenfor seg selv, forstått som "Gud", "en større kraft", "kjærligheten" eller andre forestillinger om noe som er større enn en selv. I vår kultur er den kristne forståelsesrammen mest utbredt, men mangfoldet innen livssyn er økende. Grevbo refererer til en undersøkelse av Torbjørnsen et al. som opplyser at nesten en fjerdedel av kreftpasientene hadde endret tro og at nesten alle fortalte at de var blitt *mer* troende. Mange spørsmål knyttet til ens tro blir aktualisert. Noen ønsker å samtale om disse spørsmålene, mens andre ønsker å støtte seg til ritualer eller trøstende bibelord og salmer.<sup>175</sup>

Oppsummerende beskriver Grevbo åndelig omsorg for alvorlig syke og døende gjennom følgende punkter

- "- Å merke seg pasienters eksistensielle, verdisøkende og livssynsmessige uttrykk og behov.*
- Å lytte i rammen av pasientens egen livshistorie til de tyngdepunktene som vektlegges der*
- Å assistere vedkommende underveis med utgangspunkt i pasientens eget livssyn, eventuelt i pasientens eget ønske om å endre eller utvikle dette"*<sup>176</sup>

Det er viktig for å kunne yte god åndelig omsorg at den enkelte pasients egenart verdsettes og at integriteten beskyttes. Grevbo beskriver ni kriterier for god åndelig omsorg:

- Evne til innlevelse i ulike sider av menneskelivet. -Et avklart forhold til egen åndelighet, tro og død. -En helhetstenkning om pasientens situasjon. -Dyp respekt for den andre, og dens åndelige mestringsforsøk. -Bred kunnskap om dødsprosessen. -Evne til å lytte og

---

<sup>173</sup> Grevbo 2008: 33

<sup>174</sup> Grevbo 2008: 33

<sup>175</sup> Grevbo 2008: 33

<sup>176</sup> Grevbo 2008: 33-34

være til stede. -En kommunikasjonsevne basert på både ærlighet og samtidig følsomhet i forhold til hva som skal tas opp. -Evne til å leve med uløste spørsmål. -Delta i og nyttiggjøre seg av veiledning og debrifing.

Disse kriteriene bør sjelesørgeren streve etter å oppfylle. Og dette arbeidet blir en livslang prosess, der sjelesørgeren aldri vil være utlært.<sup>177</sup>

### 5.1.2 Lengsler

Til slutt i sin artikkel presenterer Grevbo åtte elementer av pasienters åndelige behov og lengsler. I et arbeid med å reorientere håpet ved livets slutt, er disse elementene gode hjelpemidler for å finne ut hva annet enn helbredelse det er mulig å håpe på.

Lengsel etter å *få uttrykke alle følelser*, er et behov pasienter kan ha. Å kunne vise hele sin menneskelighet slik den oppleves akkurat nå. Enten det er bitterhet, sorg, glede, humor, tilfredshet eller hva det enn måtte være. Å få lov til å uttrykke det er essensen av lengselen, og i dette må sjelesørgeren våge å være til stede.

En *frykt for ensomhet* har vi sett at er tilstede hos mange døende. Denne frykten kan komme sammen med et *behov for å være alene*. *Loneliness* og *solitude* viser til denne tosidigheten. Å dø er ensomt, og en erkjennelse av dette kan hjelpe pasienten. Som hjelper må sjelesørgeren også være seg bevisst ikke å invadere pasienters innerste personlige rom, men føle seg frem til når pasienten har behov for å være alene, og også være tilgjengelig, når "aleneheten" blir ensomhet.

Pasientene har et helt liv som i den palliative fasen skal avsluttes. Mange har behov for å *oppleve at livet har vært meningsfylt*. I denne forbindelse er det viktig å lytte til livsfortellingene. Sjelesørgeren kan hjelpe pasienten også til nye perspektiver på fortiden, kan lette pasienter som har kvaler for prioriteringer og handlinger som er gjort. Grevbo skriver:

*"Fortiden er ikke forbi selv om den ligger bak oss. Den er levende til stede hos oss nå. Gjennom å oppdage nye nyanser og farger i den – ofte knyttet til noe vi trodde var veldig smått – kan det bli lettere å leve med, og det kan bli lettere å gi den mening"*<sup>178</sup>

---

<sup>177</sup> Grevbo 2008: 34

<sup>178</sup> Grevbo 2008: 35

Håp i den aktuelle situasjonen kan også være en lengsel. At pasienten kan oppleve håp og mening i nåtiden, til tross for sykdommen. Evans gir noen helt praktiske tips som også Grevbo er inne på. I sin liste over "don't" sier han for eksempel at vi ikke skal hevde at Gud har en mening med sykdommen eller tapet.<sup>179</sup> Grevbo balanserer dette med at heller ikke utsagnet "det finnes slett ingen mening" virker forløsende. Målet må være å assistere pasienten til selv å finne noen form for mening.<sup>180</sup> Dette var kanskje noe av det hjelperne på Hospice klarte overfor Margrethe som etter hvert klarte å se smertebehandling som en gave fra Gud<sup>181</sup>. Eller kanskje det handler om at situasjonen bringer sammen søsken som har vært i konflikt, eller at pasient eller pårørende reorienterer sine verdier og prioriteringer. Grevbo beskriver hvordan en far og bestefar fikk velsignet alle barn og barnebarn – én for én – på sykerommet. Dette var med på å gi han den store meningen til hans siste dager. En annen fortelling minner litt om Karine fra Hospice som helt til det siste håpet på og gledet seg til neste sommers campingferie.

*"Det er heller ikke et veldig langt sprang mellom mening og håp. Stimulerer vi til realistiske håp, gir det mening til det siste veistykket. Håpet om en gang i livet å få besøke Lofoten var en veldig viktig stimulans for en pasient. Jeg kunne valgt å styrke motforestillingene så han unngikk skuffelsen dersom dette håpet ikke ble realisert, men han kom seg faktisk helt ytterst ut i Lofoten og vendte strålende tilbake. Deretter var det andre mer hverdagslige håp som overtok håpsplassen hos ham, sammen med det store håpet om at en gang bak død og grav skal alt bli bare godt"*<sup>182</sup>

Følelsen av å være til nytte er viktig for mange. For pasienter er dette en lengsel om fortsatt å kunne være nyttig, til tross for sykdom og kraftløshet.

*"En viss grad av hjelp til fornuftig resignasjon inngår i den gode åndelige omsorgen. Intet liv kan være bare grenseløst godt og nyttig."*<sup>183</sup>

Når det er sagt, kan sjelesørgeren bidra til å dempe følelsen av nytteløshet. Ved å skille mellom funksjonell nytte og affektiv nytte, kan vi åpne pasientene for å forstå at de

---

<sup>179</sup> Evans 2011: 469

<sup>180</sup> Grevbo 2008: 35

<sup>181</sup> Se delkapittel 3.1.2

<sup>182</sup> Grevbo 2008: 36

<sup>183</sup> Grevbo 2008: 36

fortsatt har nytte. Selv om de ikke kan bidra i samme grad i praktiske gjøremål, kan de være nyttige ved at pårørende kan få vise sin kjærlighet til den døende. Pasienten kan også ha en *symbolsk* nytte der den døende representerer en del av familiens historie. Ved å hjelpe praktisk anlagte pasienter til å forstå disse formene for nytte kan det lindre deres egen skyldfølelse eller bygge opp deres selvfølelse.<sup>184</sup>

Et viktig spørsmål i omsorg for døende knytter seg til *verdighet*. Hva er et verdig liv? Hvordan kan hjelpere bidra til å at pasienter beholder sin verdighet? Noe av verdigheten kan ivaretas rent praktisk ved god pleie og godt stell, som for eksempel hårstell eller fuktighetskrem for tørr hud. Dette trekkes også frem av både av Qvarnstrøm, som en egen dimensjon, og av Carlenius.<sup>185</sup> Autonomi er særlig viktig for verdigheten. I møte med døden, blir vi alle fratatt kontrollen, da døden kommer til oss alle. Angsten for å miste denne kontrollen kan vise seg gjennom fornektelse slik Kübler-Ross beskriver det, og dermed føre til en motvilje mot å snakke sant om situasjonen med hjelpere eller pårørende. I møte med dette fremhever Grevbo at det er viktig å huske at det er "*min neste*" som skal dø og dermed respektere den andres tempo og behov for fornektelse. Dette kan som vi tidligere har sett være en mestringsstrategi eller forsvarsmekanisme i møte med det uhåndgripelige.

*"Vår åndelige innsats skal ikke bestå i å bryte gjennom disse murene, men i å aktivisere vår egen evne til innlevelse, [...] er vi kalt til å være hos "vår neste", og belønningen er ofte å bli invitert inn i den såre utryggheten eller lettelsen til en som har valgt å slippe den strenge kontrollen"*<sup>186</sup>

Sjelesørgeren kan også bidra til å opprettholde verdigheten ved å møte pasienten på en annen måte enn de andre hjelperne. Sykepleiere møter pasienten bokstavelig talt naken, og dette påvirker også møtet dem i mellom. Sjelesørgeren har en annen rolle og kanskje innebærer dette at ikke alle de ydmykende detaljene fra sykdommen trenger å bli tatt opp i samtale. Kanskje vil det være godt for pasienten å kunne møte presten noe mer "pyntet" enn hva tilfellet er i forhold til behandlere og pleiere. Dette vil kunne hjelpe pasienten i å beholde verdigheten.

---

<sup>184</sup> Grevbo 2008: 36

<sup>185</sup> Se delkapittel 2.1.2.7 og Carlenius 2008: 101-104

<sup>186</sup> Grevbo 2008: 37



Som vi beskrev det i avsnittet om livssyn, har noen pasienter en lengsel etter *fortfeste i noe større enn en selv*. Dette kommer til uttrykk omkring tilhørighet til naturen eller som mer tydelige kristne ord og begreper. I møte med dette er det viktig med en ydmyk holdning.

*"Også selve teologien har lært meg å vise respekt for det store i det små. Da er sjansen mindre for at vi hemmer veksten enn om vi selv foregir å ha svar på alt."*<sup>187</sup>

Den siste lengselen handler om *å kunne løse seg fra livet*. Ikke bare de som er mett av dage kan ønske seg døden. I møte med alvorlig sykdom med vonde symptomer er ikke døden noe som bare skal unngås, men også noe som lengtes etter. Noen opplever at den døende trekker seg helt tilbake og avslutter kontakten med omverdenen og også pårørende. Dette kan være vanskelig for de som er rundt og som ønsker å stå støtt ved sin kjæres side, men Grevbo har erfart at mange av de som velger å gå det siste stykke alene, har hatt gode relasjoner gjennom livet.<sup>188</sup>

Grevbo oppsummerer disse lengslene ved å henvise til den døende Agnes i filmen "Viskningar og rop" av Ingmar Bergman og skriver til slutt:

*"Agnes kjemper seg frem til en stor gave med mange navn, som hun i sin dagbok kaller samhörighet, vennskap, nærhet og ømhet – i ett ord: nåde. For noen er nettopp dette svaret på den aller dypeste åndelige utfordringen."*<sup>189</sup>

## 5.2 Døden og sjelesørgerens personkompetanse

I møte med pasienter som har døden nært forestående blir også sjelesørgeren berørt av pasienters livshistorie og sykdom. Dette møtet aktiverer sjelesørgerens egen historie og sitt eget forhold til døden. Å være seg dette bevisst samt å reflektere rundt egne erfaringer og tanker kan være med på å minske risikoen for overføringer. Overføringer av hjelperens eget tankegods over i pasientens situasjon vil påvirke møtet og det er fare for at man ikke vil kunne møte den andre der han er. Derfor er arbeid med

---

<sup>187</sup> Grevbo 2008: 37

<sup>188</sup> Grevbo 2008: 37

<sup>189</sup> Grevbo 2008: 37

sjelesørgerens eget forhold til døden viktig for å kunne på best mulig måte møte pasientenes ulike behov i møte med sykdom, lidelse og død.

Anne Hirsch og Ingebrigt Røen ved St. Olavs Hospital i Trondheim har skrevet om arbeidet med *"Jeg og døden"* – grupper<sup>190</sup> som et verktøy i denne prosessen. I artikkelen beskriver de deres opplevelser av de seks første samlingene. Det er totalt ti samlinger som gjennomføres av helsearbeidere, der de seks første omhandler hjelperens egne erfaringer med og forhold til døden, og de fire siste i hovedsak handler om hvordan arbeidet på kreftavdeling påvirker hjelperne. Gruppen det refereres til bestod av helsearbeidere, og var ledet av prest og diakon. Disse inngikk også i gruppen både som ledere og deltakere. Opplegget vil være et godt verktøy både for helsearbeidere og sjelesørgere. Om opplegget står det

*"Så langt som mulig fokuserte vi på den enkeltes opplevelser uten å gå inn i konkrete hendelser på jobben. Vi stilte mange spørsmål om død, avskjed og begravelse, spørsmål som både ledet til kognitiv og affektiv bevisstgjøring. [...]arbeidsmåten var samtale."*<sup>191</sup>

Overskriften for samlingene var

1. Egen erfaring med død
2. Hva er det å dø?
3. Hva vil det si å ta avskjed?
4. Min begravelse
5. Forestillinger om det som skjer med meg i og etter døden
6. Dersom jeg hadde et år igjen å leve...
7. Hva gjør arbeidet ved kreftavdelingen med humøret, kroppen, søvnen, hjemmesituasjonen, familie og venner?
8. Hva er livssyn? Hva gjør arbeidet med dette?
9. Livssyn – viktige opplevelser, erfaringer og tanker i oppveksten
10. Hva gjør det med meg å arbeide med lidelse og død?<sup>192</sup>

---

<sup>190</sup> Hirsch, Anne og Røen, Ingebrigt: *Jeg og døden – En langsom samtale i Omsorg - Nordisk tidsskrift for palliativ medisin 4/2007*, Fagbokforlaget, Bergen, 2007: 57-62

<sup>191</sup> Hirsch og Røen 2007: 58

<sup>192</sup> Hirsch og Røen 2007: 58

Jeg velger her ikke å referere til hva Hirsch og Røen opplevde i de seks første samtaler, men velger å drøfte viktigheten av dette bevisstgjøringsarbeidet. Faren ved et ubevisst forhold til døden er i følge Hirsch og Røen at man trekker seg tilbake og distanserer seg fra pasienten, eller en overinvolvering i andres livssituasjon. Formålet med gruppearbeidet var å bidra til økt slitestyrke hos hjelperne i møte med tøffe situasjoner, lidelse og sorg.<sup>193</sup> På kurs i Pastoral-klinisk utdanning er nettopp arbeidet med en bevisstgjøring rundt egen person og erfaringer svært viktig for å kunne bedre sjelesørgerens evne til å se den andre. Det er også viktig for å unngå det psykoanalysen kaller overføringer og være klar over egne reaksjoner i møte med sykdom, lidelse og død. Også Leif Gunnar Engedal trekker frem at sjelesørgeren bør ha god personkompetanse.

*"Det viktigste "redskap" sjelesørgeren disponerer over i møte med konfidenten, vil alltid være sin egen person."*<sup>194</sup>

Personkompetanse er kompetanse på egen person, egen historie og egne reaksjoner. For å fremme egen modenhet er *selvinnsikt* og *introspeksjon* vesentlig. Og ved utvikling av denne kompetansen er ikke målet å bli utlært, men snarere å alltid være underveis i riktig retning. Engedal viser videre til at denne utviklingen ikke kan gjøres i enerom, men skjer i åpen dialog med andre. Slik beskriver også Hirsch og Røen sin metode. Innenfor pastoralteologisk refleksjon og forskning trekkes det frem opptil 12 ulike kriterier på modenhet i forhold til sin egen personlighet og livserfaring. Disse er realitetsorientering, langsiktig tenkemåte, voksen samvittighet, evne til uavhengighet, evne til avhengighet, evne til å elske, evne til å akseptere seg selv, medmenneskelig omsorg, følelsesmessig modenhet, vilje og evne til å ta imot rettledning, generøsitet og evne til relasjonsbygging.<sup>195</sup>

*"Sjelesørgeren må utvikle en vital kontakt både med egen styrke, egne nederlag, egen sårbarhet og egne grenser. Hun eller han må kjenne til typiske reaksjonsformer i sitt eget følelsesliv, og vite noe om hvordan man selv reagerer i møte med sterke følelsesuttrykk hos andre."*<sup>196</sup>

---

<sup>193</sup> Hirsch og Røen 2007: 58

<sup>194</sup> Engedal, Leif Gunnar, *Utvikling av sjelesørgerisk kompetanse – refleksjoner og perspektiver*, i *Tidsskrift for Sjelesorg* 2/2004: 87

<sup>195</sup> Engelwood Cliffs og Grevbo i Grevbo 1997, her referert fra Engedal 2004: 87

<sup>196</sup> Engedal 2004: 88

Ved PKU-kurs er dette et gjennomgående tema, som formuleres i egne delmål ved studieplanene.<sup>197</sup> Jeg opplevde også at utviklingen av personkompetanse var et vesentlig fokus ved PKU-kurset for studenter. Denne utviklingen skjedde først og fremst gjennom veiledning, både individuelt og i gruppe. Engedal ser på denne personlige veiledningen som avgjørende, og skriver at idealene om *"the self made man"* ikke duger, aller minst i møte med sjelesorgens utfordringer.<sup>198</sup>

### 5.3 Hva er målet?

I arbeidet med denne oppgaven har jeg stadig måttet reflektere over problemstillingen, og også over hva målet med det sjelesørgeriske møtet bør være? Bør sjelesørgeren i møte med kreftpasienter, som har urealistisk håp til helbredelse alltid realitetsorientere pasienten? Eventuelt også om dette fører til at håpet om helbredelse forsvinner? Bør målet være at alle pasientene kommer til det Kübler-Ross beskriver som det endelige stadiet, *akseptasjon og forsoning*? Disse diskusjonene synes jeg at er relevante å belyse før jeg i neste delkapittel skal forsøke å besvare hovedproblemstillingen. Og jeg mener også at de temaene som det er redegjort for tidligere kan være viktige i denne drøftingen av hva som er målet med det sjelesørgeriske møtet.

#### 5.3.1 Realitetsorientering

I behandlingen av spørsmålet om hvorvidt en pasient alltid bør realitetsorienteres velger jeg å ta utgangspunkt i en artikkel om *Håp* av Kaasa og Materstvedt<sup>199</sup> samt se på noe forskning fra Nord-Amerika presentert i Evans bok *"Is God Still at the Bedside?"*.<sup>200</sup> Jeg vil også se på viktigheten av sjelesørgerens evne til *connectedness* og *timing* i et eventuelt forsøk på realitetsorientering.

---

<sup>197</sup> MFs emnekatalog for emnene PKU501, PKU502 og PKU503, Hentet fra <http://web.mf.no/emnekatalog/index.php?mode=emne&idnr=PKU501&english=> med flere. (09.11.2012)

<sup>198</sup> Engedal 2004: 88

<sup>199</sup> Kaasa, Stein og Materstvedt, Lars Johan, *Håp* i *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 9/1999: 1313-1315

<sup>200</sup> Evans 2011: 262-264

*"Å realitetsorientere pasienten kan ha dramatiske konsekvenser – man kan utløse invalidiserende og overveldende angst"*<sup>201</sup>

Materstvedt og Kaasa skriver likevel at legen ikke bør unngå å svare på spørsmål vedrørende sykdommens alvorlighetsgrad og mulighet for kurasjon. De trekker frem viktigheten av hvordan budskapet formidles.

*"Sannheten skal frem, men hele sannheten trenger ikke formidles på én gang."*<sup>202</sup>

Evans hevder at det er vanlig for leger i hans kontekst å ikke være oppriktig med pasienten om terminal sykdom, av frykt for at pasienten mister håpet. Bare en tredjedel av pasientene med dødelig kreft hadde, i følge en amerikansk undersøkelse, erfart at legen diskuterte palliativ pleie med dem. Pasientgruppen som hadde diskutert livets slutfase med legen hadde mindre sannsynlighet for å dø ved et sykehus, koblet til maskiner. Deres pårørende uttrykte også å falle mer til ro med at døden ble utgangen på sykdommen.<sup>203</sup> Evans har gjort egne intervjuer der det og kommer frem at pasientene verdsetter legenes oppriktighet omkring sykdomssituasjonen.<sup>204</sup>

I palliativ behandling av pasienter viser Materstvedt og Kaasa til at den holistiske tilnærmingen til pasienten vil være en utfordring for legen, både medisinsk-faglig, mellommenneskelig og i forhold til andre helseprofesjoner. De ser at det kan være en utfordring å vite i hvilken grad legen skal involvere seg i pasientens ulike problemer. Pasientenes utfordringer kan i møte med døden være mangfoldig. Det blir vist til psykologiske, eksistensielle, religiøse og relasjonelle problemer. Som leger beskriver de muligheten til å henvise til *spesialister* til henholdsvis psykolog og prest. De fremmer også muligheten for at eksistensielle grublerier kunne blitt møtt av en egen sykehusfilosof. Samtidig fastholder de at leger, særlig innen palliasjon, bør og skal ha kunnskap og evner til å møte en del av disse utfordringene.<sup>205</sup>

---

<sup>201</sup> Kaasa og Materstvedt 1999: 1315

<sup>202</sup> Kaasa og Materstvedt 1999: 1315

<sup>203</sup> Note 28 i Evans 2011: 262

<sup>204</sup> Evans 2001: 262

<sup>205</sup> Kaasa og Materstvedt 1999: 1314-1315

Sjur Isaksen forteller fra sin praksis som sykehusprest i USA, at presten blir *“the truth-teller”*. Hvorvidt dette særlig gjelder amerikansk kontekst har jeg ikke mulighet til å vurdere, men erfaringen er relevant for denne oppgavens tilnærming til sjelesørgerens møte med pasienter, som har et urealistisk syn på sin sykdomssituasjon. Av og til vil presten kunne være et supplement til det øvrige behandlingsteamet, særlig i samtaler omkring sykdom og død. Jeg vil anta at i praksis har presten ofte bedre tid enn legen til å sitte ned med pasienten og høre på pasientens egen opplevelse av sykdommen og det som legen har formidlet. Kanskje kan man gjennom slike samtaler sakte bevege seg mot en realitetsorientering omkring sykdommens alvor og forventete utgang. I slike samtaler kan presten også hjelpe pasienten til å reorientere håpet eller hjelpe pasienten til å finne frem til flere ting å håpe på. Håpet er dynamisk, mangfoldig og i stadig endring.

*“Det som synes å endre seg, er de håp pasienten har til enhver tid. Noen pasienter har sannsynligvis flere håp samtidig. Det ultimate håp er å bli frisk – til tross for at muligheten nesten er lik null. Dette håpet må pasienten få lov til å ha.”<sup>206</sup>*

### 5.3.2 Kommunikativ kompetanse

For å kunne være til best mulig hjelp for pasienten er det i tillegg til personkompetanse viktig for sjelesørgeren å opparbeide en god kommunikativ kompetanse. Begrepene *connectedness* og *timing* betegner viktige elementer innen denne form for kompetanse. Begge disse evnene er viktige, særlig i samtale med pasienter som forsøker å finne frem til en realitetsorientering.

#### 5.3.2.1 Timing

Timing dreier seg om hva, hvor og når? Som sjelesørger er det viktig å oppøve en følsomhet i forhold til hva det samtales om hvor og når. I problemstillingen fra delkapittelet om realitetsorientering, kan sjelesørgeren reflektere over hvor mye av realiteten som pasienten bør orienteres om når. Kanskje er det nok i første samtale å fokusere på at sykdommen er en kreftvariant og at den er påvist, uten å gå inn på at prognosene er dårlige, eller at behandling og sykdomsforløp vil påføre pasienten smerter.

Risikoen for at realitetsorientering kan påføre angst og virke invalidiserende, slik Kaasa og Materstvedt viser til ovenfor, mener jeg øker dersom *timing*en ikke er riktig. Dersom

---

<sup>206</sup> Kaasa og Materstvedt 1999: 1315

helsepersonell eller sjelesørgere er for ivrige med å orientere om situasjonen, og alle dets implikasjoner, kan dette lede pasienten ut i håpløshet eller angst. Like fullt er det viktig ikke å vente for lenge med forklare situasjonen og å lytte til pasientens reaksjoner. En for sen gjennomgang av situasjonen kan føre til tap av tillit til legen eller presten, da pasienten kan oppfatte fortielsen som en unnvikelse eller uærlighet.

En annen side av *timing* vil handle om hvor samtalen finner sted, og hvem som er tilstede. Hvorvidt pårørende skal være med avhenger av pasientens ønske, og hva som skaper et godt klima for samtalen. Enkelte ganger kan det være riktig av sjelesørgeren å selv be pårørende om å delta eller la være å delta i samtalen.

Hvor samtalen finner sted bør også påvirke hva som tas opp i samtalen. Enkelte pasienter bør vernes mot seg selv, i den forstand at de kan finne på å utlevere seg selv i for stor grad i nærvær av andre pasienter. Stedet samtalen finner sted kan også påvirke hvilken tematikk som er naturlig å ta opp, og dette bør sjelesørgeren reflektere over. Oppsummerende mener jeg at det er viktig for sjelesørgeren og vurdere sin *timing*, for å på en best mulig måte kunne møte pasienten. Dette er en viktig del av kommunikativ kompetanse og kan skje ved å reflektere over hva, hvor og når.

### 5.3.2.2 *Connectedness*

*"Det handler om å oppøve evnen til å møte andre på en åpen og troverdig måte. Det handler om å kunne bygge en person-relasjon preget av tillit og åpenhet. Bare der dette skjer, kan den sjelesørgeriske relasjonen ta form som et åpent og fritt kommunikativt rom der konfidenten våger å bli synlig – også med de mest smertefulle erfaringer i sitt liv."*<sup>207</sup>

*Connectedness* handler om tillit og følsomhet. Tillit skapes ved at pasienten blir hørt og tatt på alvor. Derfor er evnen til å lytte, både til det sagte og det usagte viktig. Aktiv lytting ved speiling eller ved å dele hvordan pasientens erfaringer og opplevelser berører sjelesørgeren kan bidra til tillit. Engedal ser på evnen til å lytte som en sjelesørgerisk basiskunnskap. Både åpen, reflekterende tale og stillhet hører med til denne evnen. For ikke å bli passiv mottaker av budskapet kan også sjelesørgeren

---

<sup>207</sup> Engedal 2004: 88-89

utfordre og konfrontere det som pasienten kommer med.<sup>208</sup> Dette vil være særlig viktig dersom målet er en realitetsorientering eller dersom sjelesørgeren ønsker å endre destruktive oppfatninger som for eksempel at Guds dom er sykdommens årsak.<sup>209</sup>

I et slikt arbeid må det utvises forsiktighet og respekt overfor konfidenten, og dette er også en side av *connectedness*, nemlig å evne å føle seg frem til hva som er til det beste for pasienten. I enkelte tilfeller kan kanskje synet på sykdommen som Guds straff være mindre vond å forholde seg til, enn en endring som vil medføre at hele Guds bilde blir revet i stykker. Mens andre ganger er denne endringen også ønsket fra konfidenten, slik Torbjørnsen forteller om Eva i sin undersøkelse.<sup>210</sup> Følsomhet i forhold til hva som er til pasientens beste, vil bidra til at sjelesørgeren ikke bare har en rolle som passiv lytter, men blir en samtalepartner som kan bidra til nyskaping hos pasienten. Det er da viktig å merke seg at pasientens beste ikke alltid er det som sjelesørgeren oppfatter som det beste. Som nevnt kan eksempelvis fornektelse være en sunn og god forsvarsmekanisme, selv om sjelesørgeren gjerne skulle sett at pasienten ble forsonet med sin situasjon.

Evne til *connectedness* der tillit og følsomhet står sentralt er en viktig sjelesørgerisk kompetanse. Denne kompetansen kan brukes til å identifisere hva som er målet for en samtale, og hva som er til det beste for pasienten. Sammen med god *timing* vil det bidra til et godt og fruktbart møte med konfidenten.

### 5.3.3 Forsoning

I forlengelse av om en realitetsorientering er målet, vil jeg nå drøfte hvorvidt forsoning kan sees på som et mål. Kübler-Ross beskriver godtagelse og akseptasjon som det siste og endelige stadium før døden. Bør dette være målet også for den sjelesørgeriske relasjonen? Og hvordan vil dette påvirke den sjelesørgeriske tilnærmingen til håp? Evans beskriver hvordan de pårørende lettere finner fred i møte med en pasients død, dersom livets slutt har vært drøftet av lege og pasient.<sup>211</sup> Denne ivaretagelsen kan sees på som en realitetsorientering, der legen ikke har veket unna for spørsmål angående

---

<sup>208</sup> Engedal 2004: 89

<sup>209</sup> Jf. Eva og Bente i Torbjørnsen 2011: 135-137; 189-194

<sup>210</sup> Torbjørnsen 2011: 135-137

<sup>211</sup> Evans 2011: 262



døden som sykdommens utfall. Pasientens vil da kunne forberede seg på å død og lettere kunne forsone seg med den.

Qvarnstrøm viser også til at de av hennes pasienter som hadde en grunnfestet religiøs tro kom til en forsoning av situasjonen kort tid etter at diagnosen ble stilt, uten at undersøkelsen gir grunnlag for å generalisere denne effekten.<sup>212</sup> Også Qvarnstrøm forstår en slik akseptasjon som et gode for pasienten og dens nærmeste. Utfra disse funnene vil også jeg hevde at der det er mulig, vil en slik godtagelse ofte være et mål.

Likevel ser vi også ut fra for eksempelfortellingen om Karine at denne akseptasjonen delvis kan være tilstede, selv om pasienten fortsatt ytrer håp om helbredelse og tro på videre liv, eksemplifisert ved kjøp av campingvogn.<sup>213</sup> I likhet med diskusjonen omkring realitetsorientering er det viktig med en følsomhet i forhold til hva som hindrer akseptasjonen og hvorvidt dette hinderet er en måte å håndtere en u håndterlig situasjon. Flere av stadiene til Kübler-Ross mener jeg vitner om forsøk på å mestre en situasjon som ikke lar seg kontrollere. Blant disse mestringsforsøkene kan man se et urealistisk håp om helbredelse. I en sjelesorgrelasjon bør evnene *connectedness* og *timing* aktiviseres slik at man ikke presser frem en realitetsorientering, som sjelesørgeren ser på som en akseptasjon, der sinne eller fornektelse nettopp er en livsviktig mestringsstrategi.

Det er også mulig å se på akseptasjonen som en resignasjon, slik Kübler-Ross også beskriver den.<sup>214</sup> En slik resignasjon, som tilbaketrekning, kan oppfattes skremmende og lite ønskelig. Likevel vil jeg i forhold til begrepet håp drøfte hvorvidt nettopp resignasjon også kan være et mål i seg selv.

#### 5.4 Reorientering og resignasjon

I en sjelesørgerisk relasjon har vi nå sett på at det i mange tilfeller vil være et gode for pasienten og dens pårørende å komme til en akseptasjon av den nært forestående døden. For at en slik akseptasjon ikke bare skal bli til en oppgivelse av håpet om lengre

---

<sup>212</sup> Qvarnstrøm 1982: 79

<sup>213</sup> Se delkapittel 3.1.2

<sup>214</sup> Se delkapittel 2.1.1.5

liv, synes jeg det er spennende å se på ordene reorientering og resignasjon. I kapittel 4 ble det redegjort for ulike typer håp, samt at det er mulig å håpe på flere ting parallelt. Carlenius beskriver hvordan:

*"... Karine forlot dette livet på to parallelle spor. Hun viste hun skulle dø snart, og hun gledet seg til sommeren. Jeg valgte å ikke ta fra henne håpet."*<sup>215</sup>

I det sjelesørgeriske møtet mener jeg det kan være nyttig å samtale om hva slags håp pasienten har, og om det finnes andre håp som pasienten selv ikke har oppdaget. Blant annet gjennom refleksjon over håpet, kan begrepet fylles med nytt innhold. Håpet om å bli frisk kan suppleres av håpet om en god dag, håpet om en god avskjed med familie og venner eller håpet om "å reise hjem til Jesus".<sup>216</sup> Dette er en reorientering av håpet. I likhet med endringer i prioriteringer og verdier, kan håpet endres etter hvert som sykdommen skrider frem. På denne måten kan også sjelesørgeren hjelpe pasienter til å unngå en tilstand av håpløshet, selv om håpet om helbredelse fortoner seg mer som en ønskedrøm, enn et realistisk håp.

Reorientering av håpet blir også beskrevet i den sykepleiefaglige undersøkelsen, av Benzein et al.<sup>217</sup> Pasientene her uttrykte at håpet endret seg når kurativ behandling ble erstattet av palliativ behandling. Håpet om å bli kurert levde videre, men ble supplert av håpet om gode dager og en re-evaluering av hva som var viktig i livet. Også her ser vi hvordan håpet kan ha ulike fokus samtidig. Pasientene følte seg dratt mellom viljen til å leve og det å forberede seg på å dø, som også er en av dimensjonene Qvarnstrøm beskriver.<sup>218</sup> I likhet med de andre undersøkelsene fant Benzein et. al at smerter og andre sykdomssymptomer var trusler mot håpet, mens bekreftende relasjoner og gode minner var viktig for håpet.

*"Håp var for disse pasientene å være godt forberedt til å dø, både praktisk og følelsesmessig. En måte å oppnå dette på var å se tilbake på livet å snakke om minner"*<sup>219</sup>

---

<sup>215</sup> Carlenius 2008: 43

<sup>216</sup> Anna i Torbjørnsen 2011: 98

<sup>217</sup> Se delkapittel 4.3.1.4

<sup>218</sup> Se delkapittel 2.1.3.5

<sup>219</sup> Utne og Rustøen 2010: 67

Til slutt i drøftingen vil jeg se nærmere på begrepet resignasjon. Å resignere kan oppfattes negativt, som en tilbaketrekning uten videre mål, å kapitulere. Rent språklig kan man likevel se på resignasjon som å skrive under på noe nytt, re-signere. Fra denne tanken er det oppgavens tittel er formulert. Et resignert håp, er ikke å gi opp håpet, men å finne et nytt håp, en reorientering. Dette tenker jeg er et mål i møte med døende med et urealistisk håp om helbredelse. Å hjelpe pasientene til selv å fylle håpet med noe vesentlig nytt. Kanskje trenger ikke engang det urealistiske håpet å vike, men kan ligge parallelt med andre typer håp. For noen vil også døden kunne være noe å håpe på mot slutten.<sup>220</sup>

Jeg har nå sett på at en resignasjon eller reorientering av håpet kan være et mål for den sjelesørgeriske relasjonen. I møte med inkurable kreftpasienter, som har urealistisk håp til helbredelse, mener jeg at sjelesørgeren kan være med å vedlikeholde et håp om helbredelse og samtidig hjelpe pasienten til å utvide håpet. Håpet om helbredelse vil noen ganger fortone seg som en fornektelse av situasjonen, da er det ikke nødvendigvis et gode for pasienten å bli påtvunget en realitetsorientering eller reorientering av håpet. Likevel kan sjelesørgeren være med på å utfordre pasientens håp forsiktig, og slik legge til rette for en mulig reorientering. Dette vil igjen avhenge sterkt av hvordan sjelesørgeren evner å møte pasienten. Her er sjelesørgerens faglige kompetanse, personkompetanse og kommunikative kompetanse avgjørende.

Ulike pasienter trenger å møtes på ulikt vis utfra sin situasjon, dette er det viktig å identifisere for sjelesørgeren, selv om sjelesørgeren aldri vil kunne møte pasienten på en optimal måte. Likevel mener jeg det er mulig å møte pasientene bedre dersom de ovennevnte poeng tas med inn i den sjelesørgeriske relasjonen, og ved at sjelesørgeren utvikler seg gjennom praksis. Ved dette kan sjelesørgeren bli stadig bedre til å møte ulike pasienter og deres ulike behov, og lettere være med på å vedlikeholde og utvide håpet.

---

<sup>220</sup> Se delkapittel 2.1.2.5 samt Grevbo 2008: 37

## 6 Konklusjon

### 6.1 Sammenfatning og konklusjon

Et resignert håp kan forstås som det å gi alvorlig syke pasienter en reorientering av håpet ved livets slutt. Jeg har i denne oppgaven forsøkt å se på hvordan dette kan gjøres gjennom sjelesorg. For å kunne besvare problemstillingen har jeg arbeidet med to underproblemstillinger som dannet et grunnlag for å drøfte hovedproblemstillingen.

Første underproblemstilling var:

*"Hvilke relevante erfaringer har disse pasientene i møte med forestående død?"*

For å besvare dette har jeg vektlagt empirisk materiale fra studier utført særlig av medisinskfaglige hjelpere. Sykepleiere og leger har undersøkt kreftpasienters møte med døden og forsøkt å beskrive denne prosessen gjennom ulike stadier eller dimensjoner. Disse studiene har gitt mye kunnskap om ulike reaksjoner i møte med inkurabel kreft, men har også vært kritisert for ikke å klare å fange opp det mangfoldet som finnes av reaksjoner hos ulike pasienter. Likevel mener jeg det er relevant for en god sjelesørgerisk tilnærming til denne pasientgruppen å vite om forsvarsmekanismer og mestringsstrategier som for eksempel fornektelse og sinne. Disse kan være viktige for pasienten i møte med sin egen forestående død. Noen pasienter kan ha opplevde å bli realitetsorientert uten selv å være klar for dette, og det kan føre til tap av håp og gjøre en vanskelig situasjon uhåndterlig.

For å belyse hvordan omsorg ved livets slutt kan arte seg, har jeg gjenfortalt to fortellinger fra Susanne Carlenius sin bok med historier fra Hospice Lovisenberg. Disse to fortellingene har hatt et særlig fokus på urealistisk håp om helbredelse, grunnet sykdommens alvor. Likevel forteller Carlenius hvordan hun *"valgte å ikke ta fra henne [pasienten]håpet"*<sup>221</sup>. Disse fortellingene har siden vært referert til i drøftingen av hovedproblemstillingen.

---

<sup>221</sup> Carlenius 2008: 43

Etter denne gjennomgangen av pasienters møte med forestående død, både ved teori og fortellinger, valgte jeg videre å drøfte begrepet håp. Jeg besvarte den andre underproblemstillingen:

*”Hvordan forstås håp utfra noen filosofiske, sykepleiefaglige og systematisk teologiske fremstillinger?”*

Her redegjorde jeg for noen viktige filosofiske, teologiske og sykepleiefaglige fremstillinger, med særlig vekt på Jürgen Moltmanns håpsteologi. Disse fremstillingene har vist at håpet er et mangfoldig begrep, med ulik vektning i forskjellige fagkretser og innen hver fagtradisjon. Hume ser på håpet som en følelse, mens Kant og Kirkegaard skiller mellom allment og spesielt håp, berettiget og uberettiget. De diskuterer hvorvidt en kristen åpenbaringsreligion er nødvendig for å kunne hevde et generelt håp. Kirkegaard hevder et generelt håp, som dreier seg om muligheten til å overvinne det onde ved hjelp av Guds nåde, og hever med dette blikket ut over dette livet.

De teologiske tilnærmingene til begrepet håp legger også vekt på håpet om noe utenfor livet. Det eskatologiske perspektivet er viktig både for Leiv Aalen og Jürgen Moltmann, selv om implikasjonene av dette perspektivet er forskjellig. Aalen ser på det kristne håp som et håp om Gudsrikets komme. Himmelhåpet er sådan viktig, selv om han taler imot en vertikal forståelse av livets to utganger. Han taler for et partikulært frelsessyn og dermed blir håpet om evig liv forbeholdt de troende, ved Guds universelle nåde.

Jürgen Moltmanns håpsteologi er en innflytelsesrik fremstilling av håpsbegrepet. Jeg har sett på hvordan Moltmann bygger sitt håpsbegrep på korset som teologiens utgangspunkt og på oppstandelsen som den historiske hendelsen med størst betydning for det fremtidige kristne håpet. Også Moltmann knytter håpsbegrepet opptil eskatologien, og gir det fremtidige forrang for både nåtid og fortid. Likevel griper denne eskatologien inn i menneskets liv her og nå, ved å bringe håp og endring. Vesentlig for dette er Moltmanns syn på oppstandelsen som en protest mot lidelsen og døden. Også korshendelsen som Jesu solidaritetshandling griper inn i livet til de troende her og nå. Håpende mennesker kan finne Gud som nærværende i lidelsen, finne trøst i troen på oppstandelsen, og se til Guds protest mot lidelsen. Moltmann hevder et universalistisk frelsessyn. Han taler imot en forståelse av at Gud som dommer, går imot Gud skaper.

Jesu frelsesgjerning består i å sette mennesket fri. Offeret blir satt fri fra lidelsen og reises opp. Overgriperen blir satt fri fra skylden knyttet til sin synd. Mennesket trenger ikke lenger frykte døden, på bakgrunn av oppstandelsen.

Fra sykepleiefaget har jeg redegjort for både definisjoner av håpsbegrepet og ulike studier av håp hos kreftpasienter. Jeg har funnet at håpet er viktig for uhelbredelig syke og at håpet i mange tilfeller blir viktigere ved sykdom. Pasientene uttrykker at smerter er en trussel mot håpet, og at gode relasjoner er viktig for opprettholdelsen av håpet. Disse studiene viser også at det finnes ulike sider ved håpet. Det er mulig å håpe på flere ting samtidig og dermed utvide hva håpsbegrepet innebærer. Helbredelseshåpet kan eksistere sammen med håpet om en død uten for mye smerter.

Etter å ha besvart de to underproblemstillingene har jeg dannet meg et grunnlag for å kunne drøfte hovedproblemstillingen:

*"Hvordan kan sjelesørgeren møte inkurable kreftpasienter, som har urealistisk håp til helbredelse?"*

I arbeidet med å svare på hvordan sjelesørgeren kan møte pasienten, har jeg redegjort for noen viktige elementer for den sjelesørgeriske tilnærmingen. Jeg mener det er viktig for sjelesørgeren å utvikle sine egne kunnskaper om hvilke åndelige og eksistensielle utfordringer kreftpasientene står overfor i møte med sykdom og forestående død. Grevbo trekker frem dimensjonene eksistens, livssyn og verdier som viktige i denne fasen av livet. Han trekker videre frem åtte lengsler og behov som bør forsøkes ivaretatt av både helsepersonell og sjelesørger.

De ovennevnte dimensjoner og lengsler kan sees på som kompetanse på hvordan mennesker møter sykdom og død. Jeg har også drøftet viktigheten av at sjelesørgeren selv har jobbet med sin egne erfaringer og reaksjoner i møte med døden. Ved PKU-kurs er dette et vesentlig studiemål. Engedal kaller dette personkompetanse og mener at ved å reflektere over døden vil sjelesørgeren kunne forhindre overføringer, overinvolvering eller å distansere seg fra pasienter som trenger å bli møtt. Sammen med kommunikativ kompetanse vil dette være svært viktig for at sjelesørgeren på en god måte kan møte pasientene slik problemstillingen beskriver.

Kommunikativ kompetanse med særlig vekt på *timing* og *connectedness* mener jeg er viktig i forhold til hvordan sjelesørgeren bør møte pasienten. Det er rimelig å hevde at en realitetsorientering av pasienten ofte vil være et mål, forutsatt at sjelesørgeren evner både *timing* og *connectedness* i tilnærmingen. *Timing* oppsummerer jeg i hva som formidles, når og hvor. En for tidlig realitetsorientering kan føre til at pasienten mister et nyttig forsvarsverk, og blir ledet ut i håpløshet. Likevel vil en for sen realitetsorientering kunne gå på bekostning av tilliten til sjelesørgeren. Det kan også hindre muligheten til forsoning og vanskeliggjøre en avskjed med sine nærmeste. For å kunne vite noe om hvordan samtalen kan utføres er det viktig for sjelesørgeren å utvikle en *connectedness*. Dette er en evne til å bygge en god sjelesorgrelasjon og utvise følsomhet i forhold til pasienten, slik at både det utalte og usagte blir hørt.

Avslutningsvis har jeg drøftet hvorvidt reorientering og resignasjon kan være et mål for det sjelesørgeriske møtet. Jeg mener på bakgrunn av både redegjørelsen og drøftingen at dette ofte vil være et tjenlig mål. I møte med inkurabile kreftpasienter, som har et urealistisk håp til helbredelse bør sjelesørgeren søke å kunne utvide pasientens forståelse av hva det er mulig å håpe på. Under forutsetning av at den sjelesørgeriske tilnærmingen gjøres i henhold til de kriteriene som tidligere er anført hevder jeg at sjelesørgeren bør møte pasienten med et ønske om å kunne vedlikeholde det allerede eksisterende håpet, og utvide dette, slik at forsoning og avskjed kan være mulig. Måten dette gjøres på vil variere og være avhengig av både sjelesørgerens kompetanse og person, samt pasienten og hans/hennes situasjon. Ved å møte pasienten i størst mulig grad der pasienten er, anerkjenne ulikhetene og ved å utøve god åndelig omsorg tror jeg pasientens håp kan bli styrket og reorientert slik at pasienten kan møte sykdommen og døden bedre rustet.

## 6.2 Utblikk

I arbeidet med denne oppgaven har jeg gjort en del avgrensinger på bakgrunn av oppgavens omfang. Avslutningsvis vil jeg derfor skrive litt om tanker jeg har gjort meg i forhold til videre arbeid innenfor tema.

Særlig i møte med et helsevesen i stadig endring mener jeg det bør arbeides videre med hvordan denne pasientgruppen kan ivaretas ved livets slutt. Samhandlingsreformen bidrar til at kommunene i stadig større grad har ansvaret for pasientene i deres siste levedager. Dette tenker jeg stiller store krav til kompetanse i kommunene både innen palliativ behandling og pleie, samt god åndelig og eksistensiell omsorg. Særlig å tilby god åndelig omsorg tenker jeg vil være en utfordring for kommunene. Mye av fokuset i denne oppgaven har vært sjelesørgerens møte med pasienter i en sykehuskontekst. Hvordan denne sjelesorgen også kan utøves lokalt uten tilgang på sykehusprester vil være viktig å jobbe videre med.

Lokale prester og diakoner tenker jeg vil være naturlige å regne med i denne omsorgen. Allerede i dag bidrar disse i møte med pasienter som for eksempel bor på sykehjem. I møte med flere alvorlig syke pasienter vil det være nyttig for landets lokale prester og andre kirkelige ansatte å øke sin kompetanse. Kompetanse på hvilke erfaringer og utfordringer disse pasientene står overfor og ulike reaksjoner i livets siste fase vil være relevant. Også utvikling av kommunikativ kompetanse og personkompetanse vil være svært viktig.

## 7 Kilder

- *Bibelen*, Bibelselskapet, Oslo, 2011, (NO 11)
- Boston Collaborative Encyclopedia of Western Theology; *Jürgen Moltmann*. Hentet fra <http://people.bu.edu/wwildman/bce/moltmann.htm> (17.10.2012)
- Bryman, Alan: *Social Reserch Methods*, Oxford University Press, Oxford, 2008
- Busch, Christian Juul og Hirsch, Anne, *Eksistensiell og åndelig omsorg* i Kaasa, Stein (red.): *Palliasjon – nordisk lærebok*, Gyldendal Akademsik, Oslo, 2008
- Carlenius, Susanne: *Omsorg ved livets slutt – Møter med pasienter og pårørende*, Fagbokforlaget, Bergen, 2008
- Dahl, Kjell Petter: *Sjelesorg ved sykesengen*, Nomi forlag, Stavanger, 1970
- Engedal, Leif Gunnar, *Utvikling av sjelesørgerisk kompetanse – refleksjoner og perspektiver*, i *Tidsskrift for Sjelesorg 2/2004*, Institutt for Sjelesorg, Modum Bad, Vikersund, 2004



- Evans, Abigail Rian: *Is God still at the Bedside?*, William B. Eerdmans Publishing Company, Grand Rapids, Michigan, 2011
- Fremstedal, Per; *Håp belyst ut fra Kant og Kierkegaard i Omsorg – Nordisk tidsskrift for palliativ medisin 3/2008*, Fagbokforlaget, Bergen, 2008
- Grevbo, Tor Johan, "Viskningar og rop" – *Åndelige utfordringer innenfor palliasjon i Omsorg – Nordisk tidsskrift for palliativ medisin 2/2008*, Fagbokforlaget, Bergen, 2008
- Herrestad, Henning *Om begrepet håp* i Tidsskriftet Suicidologi 01/2009, UiO, Oslo, 2009
- Hirsch, Anne og Røen, Ingebrigt: *Jeg og døden – En langsom samtale* i *Omsorg – Nordisk tidsskrift for palliativ medisin 4/2007*, Fagbokforlaget, Bergen, 2007
- Isaksen, Sjur: Forelesningsnotater *Hospice-filosofi og palliativ omsorg i Omsorg ved livets slutt TEOL8510 ved MF*, Mars 2012.
- Isaksen, Sjur: Forelesningsnotater *Sjelesorg mellom håp, resignasjon og håp i Omsorg ved livets slutt TEOL8510 ved MF*, 22. oktober 2012.
- Kübler-Ross, Elisabeth: *Før livet ebber ut (On Death and Dying)*, Gyldendal forlag, Oslo, 1973
- Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend: *Det kvalitative forskningsintervju*, Gyldendal Akademisk, Oslo, 2009
- Kaasa, Stein og Materstvedt, Lars Johan, *Håp* i *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 9/1999, Legeforeningen, Oslo, 1999
- Leer-Salvesen, Bjarte: *Levende håp – en praktisk-teologisk analyse av 51 presters forkynnelse ved gravferd*, Avhandling for graden PhD ved Universitetet i Agder, Kristiansand, 2011
- *NOU 1999: 2 Livshjelp - Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*, Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning, Oslo, 1999
- MFs emnekatalog for emnene PKU501, PKU502 og PKU503, Hentet fra <http://web.mf.no/emnekatalog/index.php?mode=emne&idnr=PKU501&english> med flere. (09.11.2012)
- Moltmann, Jürgen: *Sun of Righteousness, Arise! – God's Future for Humanity and the Earth*, Fortress press, Minneapolis, 2010
- *Norsk Salmebok*, Verbum, Oslo, 1988 (NOS)
- Qvarnstrøm, Ulla: *På dødslei*, Tiden norsk forlag, Larvik, 1982

- Repstad, Pål: *Mellom nærhet og distanse – kvalitative metoder i samfunnsfag*, Universitetsforlaget, Oslo, 2007
- Rustøen, Tone: *Kan vi trøste hjertene? – Hvordan møte alvorlig syke og døende pasienters åndelige behov*, Tano-Ascheoug, Oslo, 1996
- Rustøen, Tone, *Endrer håpet seg med diagnoser i Omsorg – Nordisk tidsskrift for palliativ medisin 3/2008*, Fagbokforlaget, Bergen, 2008
- Torbjørnsen, Tor: *Gud hjelpe meg – Religiøs mestring hos pasienter med Hodgkins sykdom*, Avhandling for graden PhD ved Det teologiske Menighetsfakultet, Oslo, 2011
- Utne, Inger og Rustøen, Tone, *4 Håp hos mennesker med kreft* i Schjølberg, Tore Kr. (red.) og Reitan, Anne Marie: *Kreftsykepleie – pasient-utfordring-handling*, Akribe Forlag, Oslo, 2010
- Aalen, Leif: *Dogmatisk grunnriss*, Skrivestua Menighetsfakultetet, Oslo, 1982
- Wikström, Owe: *Mørket som blender*, Luther forlag, Oslo, 1995