



DET TEOLOGISKE  
MENIGHETSAKULTET

Sjelesorg – konfident - sykdom. Utfordringer og muligheter som diakon i den sjelesørgeriske samtale.

Spiritual counselling – client – illness. A deacon`s challenges and opportunities in the role as spiritual advisor

**Student Christel Otterlei**

**Veileder:** Professor Leif Gunnar Engedal

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

Det teologiske menighetsfakultet, vår 2013  
AVH501 Masteravhandling i diakoni (30 ECTS)

Master i Diakoni

## Forord

Omsider er arbeidet med avhandlingen ferdig og det er flere jeg ønsker å takke for deres bidrag. Først og fremst vil jeg rette en stor takk til veileder Leif Gunnar Engedal. Jeg visste at du satt inne med mye kunnskap og erfaring angående tematikkene som lå meg på hjertet, derfor ble jeg sjeleglad når du sa ja til å være min veileder. Takk for gode råd, faglig kunnskap, og berikende veiledning.

En spesiell takk til sykehusdiakon Liv Berit Carlsen og menighetsdiakon Gunnel Johansson Rø for inspirerende samtaler. Samtalene med dere var svært motiverende og hjalp meg til å se hvilke tematikker og fokus som var relevant å ta med i avhandlingen.

En stor takk går også til min kjære pappa som jevnlig har spurt meg om arbeidet med avhandlingen og oppmuntret meg underveis. Du har vært en viktig faktor for at jeg til slutt kom i mål.

Takk til venner og medstudenter. Tross i noen lange og ensomme skriveperioder har dere på ulike måter bidratt til at mastertilværelsen likevel ikke har vært utholdelig. Miljøet på MF kommer jeg til å savne stort, både lærere og studenter: dere har gjort inntrykk!

Takk til mitt rause kollektiv som har holdt ut med meg i innspurten på avhandlingen. Kvalitetsfolk. Anne og Mariann, hva skulle jeg gjort uten dere. Tusen takk for arbeidet med korrekturlesing. Avhandlingen kunne ikke vært i tryggere hender.

Den største takken går til Gud – Han er alltid med!

Oslo, 16.august 2013

## Innholdsfortegnelse

<b>1 Del I. Innledning</b>	side 5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	side 5
1.2 Formålet med avhandlingen og problemstilling	side 6
1.3 Avgrensing	side 7
1.4 Metode og disposisjon	side 8
<b>Del II. Presentasjon av teori</b>	side 9
<b>2 Diakoni</b>	side 9
2.1 Hva er diakoni?	side 9
2.2 Kirkens definisjon av diakoni	side 10
<b>3 Sjelesorg</b>	side 11
3.1 Hva er sjelesorg?	side 11
3.2 Retninger innenfor sjelesorgen	side 13
3.2.1 Kerygmatiske sjelesorg	side 14
3.2.2 Konfidentsentrert sjelesorg	side 14
3.2.3 Kirkelig orientert tros -og livshjelp	side 14
3.3 Felles for sjelesorgen	side 15
<b>4 Kreft som sykdom</b>	side 16
4.1 Hva er kreft?	side 16
4.2 Kreft og død	side 16
4.3 Død er tabu	side 17
4.4 Hvordan snakke om døden?	side 18
4.5 Å gjøre døden mindre skremmende	side 18
4.6 Personlighetsforandringer	side 19
4.7 Mulige omstendelige behov i den alvorlig sykes liv	side 20
4.8 Samtalen: hvordan møte den syke?	side 21
<b>5 Ulike aspekter ved sorg i møte med alvorlig syke</b>	side 23

5.1 Hva er sorg?	side	23
5.2 Sorg som reaksjon	side	24
5.3 Sorg som prosess	side	25
5.4 Sorg som fase	side	26
<b>6 Kommunikasjon og relasjon med den alvorlig syke</b>	side	30
6.1 Berøring	side	30
6.2 Ansiktsuttrykk	side	31
6.3 Blikk og øyekontakt	side	32
6.4 Kroppsspråk	side	34
6.5 Stemmebruk	side	33
6.6 Stillhet og lytting	side	33
<b>7 Kristen og alvorlig syk</b>	side	35
7.1 Livssyn	side	35
7.2 Hva har et kristent livssyn å si i livet til en alvorlig syk?	side	36
7.3 Bibelens syn på lidelse	side	37
<b>8 Sjelesørgeren</b>	side	38
<b>9 Del III. Drøfting</b>	side	41
9.1 Innledning	side	41
9.2 Kerygmatiske sjelesorg	side	41
9.2.1 Konfidentsentrert sjelesorg	side	45
9.2.2 Kirkelig orientert tros -og livshjelp	side	48
9.3 Sjelesørger i møte med den alvorlig syke	side	49
9.4 <i>En</i> rådende sjelesorgretning i møte med den alvorlig syke?	side	53
<b>10 Avsluttende ord</b>	side	54
10.1 Oppsummering og konklusjon	side	54
10.2 Veien videre	side	57
<b>11 Litteraturliste</b>	side	59

## Del I. 1 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg husker enda en kveld en sommer jeg jobbet som pleieassistent på et sykehjem i Oslo. Det var jeg og en annen jevnaldrende jente som hadde kveldsvakt sammen. Utad virket jenta som de fleste andre jenter jeg har møtt: hun var pen, blid, positiv og hadde en tiltalende personlighet. Livet hennes så perfekt ut, noe som rørte ved misunnelsen min.

Da alle beboerne hadde kommet i seng fikk vi tid til å snakke sammen og det uventede øyeblikket kom. Jentas tilsynelatende perfekte liv hadde en skyggeside. Hun kunne fortelle om endeløse timer tilbrakt på sykehus, om dager som nesten ikke var til å holde ut, om et liv som virkelig hadde smakt livets skjøre side. *Leukemi*. Ordet satte seg fast i hodet mitt. Det første jeg merket da historien ble fortalt var hvor lite jeg hadde lyst å høre på henne. Jeg hadde ingen unnskyldninger å komme unna med: ingen beboer jeg "måtte" hjelpe, ingen kjøkkenoppvask som måtte tas. Jeg hadde ingen annen mulighet enn å stå og høre på fortsettelsen. Hendelsen trigget mange følelser og reaksjoner inni meg. Jeg ble redd, jeg ble usikker, jeg ble berørt. *Hva* skulle jeg si, *hva* skulle jeg *ikke* si, hvordan skulle jeg reagere? Livet og historien hennes kom brått på og jeg hadde ingenting nyttig å si.

Jeg tenker stadig på jenta og historien hennes, og hvordan hun egentlig fortjente å bli møtt. Selv sto jeg der og følte at jeg misbrakte tilliten hennes fordi jeg ikke evnet å ta imot historien. Et liv som utad lignet de fleste andre jeg kjenner, viste seg å være ganske forskjellig fra alle andre.

Den eneste klare tanken jeg hadde i hodet der og da var at jeg håpet å aldri skulle oppleve dette igjen. Følelsen av å komme til kort når skjøre historier fortelles, følelsen av å ikke ha noe fornuftig å si, følelsen av å ikke makte å møte den andres historie på en verdig måte, følelsen av utilstrekkelighet som bryter inn og en usikkerhet som inntar atmosfæren. Jeg begynte å lese bøker om veiledning i møte med skjøre og utfordrende historier, og jeg fikk noen interessante perspektiver på livet. Siden har denne tematikken fulgt meg videre og det er denne prosessen og

erfaringen som er utgangspunktet for denne oppgavens problemstilling.

## 1.2 Formålet med avhandlingen og problemstilling

Jeg ønsker med denne oppgaven å vinne mer kunnskap om mennesket i en sårbar situasjon ved å sette meg inn i ulike tematikker som angår den alvorlig syke. Ved å jobbe med denne tematikken vil jeg som sjelesørger i større grad være rustet til å møte alvorlig syke både i samtalen og i det som blir formidlet uten ord. Når det er nevnt er det viktig å ha klart for seg at enhver person er enestående, enhver situasjon unik. Man kan ikke behandle en historie ved å følge en instruks og automatisk gå ut fra at dette er overførbart til neste historie. Skjøre historier bør møtes og behandles som en enkelt unik hendelse, ikke som nok en historie i statistikken. Men det betyr ikke at det ikke er viktig å vinne kunnskap om tjenlige måter å møte den alvorlig syke på. Det betyr ikke at det ikke er viktig å ha et reflektert forhold til hvordan det er å være alvorlig syk, og hvordan man på best mulig måte på bakgrunn av denne kunnskapen kan bistå tjenlig i den alvorlig sykes liv. Tvert imot er det for en sjelesørger ekstra viktig å kunne snakke om disse tingene på en ekte måte.

Det viser seg at noe av min erfaring i møte med historien til Jenta er et gjenkjennelig anliggende for mange. Mary H. Kalfoss belyser noe av denne erfaringen i boken *Klinisk sykepleie 1* og hennes fremlegg av sykepleiere som uttrykker at de i stor grad påvirkes både følelses- og reaksjonsmessig når de møter lidende og døende pasienter. Møtet med lidende og døende pasienter kan fordre ens egen dødsangst. Dette er følelser og tanker som mennesker i helsevesenet må forholde seg til daglig (Kalfoss 2001: 51). Som sjelesørger vil samtaler med mennesker med vanskelige livshistorier være en del av min hverdag. Viktige tematikker i møte med den alvorlig syke gjør seg gjeldende, i likhet med spørsmål som: *denne lidelsen, hvorfor får den lov? Hva kan man si om mening og livet når sykdommen rammer?* Dette var også noen av følelsene som møtte meg i historien til Jenta, og som har gjort at jeg i ettertid har fundert mye på spørsmål knyttet til livet og utfordringene som i ulik grad inntreffer. Samtidig har dette møtet og denne opplevelsen trigget min kristne tro og tvunget meg til å reflektere over troen og dens plass i møte med skjøre liv.

Jeg ønsker med denne oppgaven å bli rustet til å bli en bedre sjelesørger i møte med alvorlig syke, og på bakgrunn av dette har jeg følgende hovedproblemstilling:

«*Hvilke utfordringer og muligheter kan jeg som diakon møte i den sjelesørgeriske samtale med en alvorlig syk?*» og følgende oppfølgingsspørsmål: «*Hvilke styrker og svakheter i sjelesorgretningene kerymatisk, konfidentsentrert og kirkelig orientert tros -og livshjelp bør en diakon være oppmerksom på i samtale med en alvorlig syk?*», som vil belyses nærmere i drøftingsdelen.

### 1.3 Avgrensning

Å være sjelesørger krever at man har kunnskap om ulike tematikker som gjør seg gjeldende i menneskers liv. Jeg har valgt en problemstilling som potensielt åpner for mange dører hvor jeg kunne berørt enda flere tematikker. *Bønn, helbredelse, og selvmord* er eksempler på slike tematikker. For å kunne gå inn i selve kjernen av temaet, ser jeg det nødvendig å avgrense oppgavens fokusområde. Imidlertid mener jeg å ha foretatt en tilbørlig avgrensning av temaene og mener de er tilstrekkelige for å besvare problemstillingen.

Avhandlingens hovedfokus vil være *alvorlig syke* og jeg har valgt å sentrere meg rundt kreftsyke. Jeg går ikke eksplisitt inn i en konkret kreftsykdom men forholder meg til kreft på generelt basis. Det finnes grader av sykdom og sykdomsforløp og i denne avhandlingen tar jeg utgangspunkt i det vitenskapen omtaler som uhelbredelig kreft- den kreftrammede vet at døden er mer aktuell enn noen gang.

Selv om jeg anvender diakonbegrepet i problemstillingen, vil ikke diakonrollen i og for seg være fokus. *Sjelesorg*, som er et spesifisert felt av diakonrollen, vil være avhandlingens hovedfokus, noe som konkretiseres nærmere i kapitel to og tre.

I avhandlingen bruker jeg formuleringen *alvorlig syk, kreftsyk, pasient* og *konfident* om hverandre, og noen ganger bruker jeg formuleringen *døende* om den alvorlig syke da det er kreftsyke med kort levetid som er hovedfokuset i avhandlingen og fordi jeg refererer til litteratur der kreftsyke også omtales som *døende*. På grunn av avhandlingens omfang vil hovedvekten ligge på de sykdomsrammede selv og ikke på de pårørende. Livssyn er også et aspekt ved avhandlingen. Jeg ønsker å finne ut hva livssyn kan ha å si for kreftsyke og vil fokusere på den kristne tro som livssyn. Det er også viktig å presisere at sjelesorg er noe eget i forhold til andre samtaleformer. Jeg kommer derfor til å bruke noe plass på å gjøre rede for begrepet «sjelesorg» for å belyse dens egenverdi i seg selv, men også for å avgrense den fra andre samtaleformer. En avgrensning i forhold til aldersgruppe har jeg ikke foretatt da dette ikke er viktig for besvarelsen av problemstillingen.

#### 1.4 Metode og disposisjon

For å besvare problemstillingen har jeg valgt å bruke hermeneutisk metode, hvor jeg fortolker og tar i bruk litteratur og forskning som allerede er blitt tolket og gjennomfører en kritisk litteraturanalyse. At jeg fortolker en allerede tolket virkelighet kalles også *dobbelt hermeneutikk* eller *annengrads fortolkning* (Thagaard 2009: 40-41). Mye god og relevant litteratur er skrevet om tematikkene som faller inn under avhandlingens rammer og mener dette er tilstrekkelig for å besvare oppgavens problemstilling.

Som Tove Thagaard understreker er målet med denne metoden å vinne en akseptabel forståelse av meningen i teksten (Thagaard 2009: 39). Å arbeide med litteratur på denne måten krever dermed at man evner å se det underforståtte i teksten og mestrer å bruke denne informasjonen som innhentes på en egnet måte i forhold til litteraturen og avhandlingens kontekst, noe som krever et grundig forarbeid så vel som en gjennomgående kritisk holdning til litteraturen underveis i skriveprosessen. På bakgrunn av dette forarbeidet og den betraktende holdningen underveis har jeg valgt ut litteratur jeg synes gjenspeiler hverandre godt og som er med på å underbygge troverdigheten i tolkningen jeg tillegger de ulike bidragene som knyttes til avhandlingen. Og som Thagaard poengterer finnes det ikke, ut fra en hermeneutisk tilnærming, en egentlig sannhet. Fenomener kan tolkes på flere nivåer. Mening kan bare forstås i lys av den sammenheng det vi studerer er en del av. Delene forstår vi i lys av denne helheten (Thagaard 2000: 39). Med dette som utgangspunkt tilnærmer jeg meg og bearbeider ulik litteratur som søker å belyse den gjeldende hovedproblemstillingen og diverse aktuelle tematikker som blir fremtredende. I lys av dette vil jeg nå presentere avhandlingens hoveddisposisjon:

Avhandlingen vil ha en tredelt struktur, hvor dette kapittelet, innledningsdelen, inngår som **del I. Del II** er avhandlingens teoridel og omhandler viktige tematikker som belyser utfordringer og muligheter i måten å møte alvorlig syke på. Del II inneholder syv kapitler der kapittel to tar for seg begrepet *diakoni*. I kapittel tre vises det hvordan begrepet *sjelesorg* på en naturlig måte kan knyttes opp mot diakonibegrepet samt en presentasjon av noen definisjoner på sjelesorg. I kapittel fire gir jeg en generell innføring av sykdommen kreft- hva den er og noen følger av å være kreftpasient. Her vil død, personlighetsforandringer og behov være fremtredende tematikker. Kapittel fem søker å gi en innføring i hva sorg er, hvordan sorg oppleves og hvordan sorg kan utarte seg i ulik grad gjennom prosesser. Kapittel fem tar for



seg kommunikasjon og relasjon med den alvorlig syke og hvordan ulik kommunikasjon på forskjellige måter kan tolkes og dermed mistolkes av den syke. Som sjelesørger er det viktig å være bevisst den innvirkning ulik kommunikasjon kan ha på relasjonen mellom den alvorlig syke og sjelesørger, derfor vil elementer som for eksempel ansiktsuttrykk, stemmebruk, berøring og blick være viktige stikkord i kapittel seks. Det syvende kapittelet ser nærmere på hvilken betydning et kristent livssyn kan ha i livet til en alvorlig syk og på hvilke måter den alvorlig syke kan bli berørt av et kristent livssyn. Kapittel åtte omhandler sjelesørgeren med fokus på hvordan sjelesørger kan bedre sin sjelesørgeriske praksis. Jeg ser da på fem aspekter som professor Leif Gunnar Engedal presenterer som ideelle i forhold til utøvelsen og forberedelsen av en sjelesørgerisk praksis. **Del III** innbefatter drøftningsdelen, som begynner i kapittel ni. Teoridelen og hovedproblemstillingen ligger til grunn for drøftingen, samtidig stiller jeg i denne delen et nytt spørsmål «*Hvilke styrker og svakheter i sjelesorgretningene kerygmatiske, konfidentsentrert og kirkelig orientert tros -og livshjelp bør en diakon være oppmerksom på i samtale med en alvorlig syk?*» for å i større grad kunne få et mer grunnfestet svar på hovedproblemstillingen. Kapittel ti avslutter avhandlingen hvor jeg foretar en sammenfatning og konklusjon samt noen betraktninger, som gjennom avhandlingen, er blitt fremtredende som aktuell for videre fokus. Kapittel elleve består av litteraturlisten.

## **Del II. Presentasjon av teori**

### **2 Diakoni**

#### **2.1 Hva er diakoni?**

Denne avhandlingen skriver jeg ut fra en diakonifaglig kontekst. Teksten er satt inn i rammen av diakonens rolle i samtale med alvorlig syke. Dermed vil jeg i følgende kapittel klargjøre hva som menes med uttrykket *diakoni* og hvordan begrepet er aktuelt for avhandlingen.

*Diakonos* var et vanlig ord allerede på den tiden da Det nye testamentet ble skrevet. Dette ordet kan oversettes til «tjener» på norsk. Oppdraget (*diakonia*) bestod i å være budbærer, en som hadde i oppgave å formidle kontakt og fortrolighet. *Doulos* er et annet viktig ord som opptrer parallelt med *diakonos*. Selv om ordene opptrer parallelt flere steder i NT er det hensiktsmessig å presisere at de likevel står i ulike posisjoner til hverandre. *Diakonos* sees i

sammenheng med en stilling som relasjonsmessig gir verdighet. *Doulos* viser til en stand der hersker råder over tjeneren. Imidlertid anskueliggjør disse ordene på hver sin måte viktige sider ved diakonien. Det at ordene fremtrer parallelt ved flere anledninger i NT sier noe om deres felles forpliktelse til underordning, lydighet overfor sin herres vilje og avkall på egne interesser i utøvelsen av tjenesten. I Fil 2:7-8 finner man bruken av *doulos* i sammenheng med Jesus som forbilde og han som «tok på seg en tjeners (*doulos*) skikkelse (...) og ble lydig til døden». Her ser man hvordan standarden for tolkningen av denne tjenesten utpreger seg. Man ser hva fornedrelsen kunne føre til, men enda mer ser man den nære og viktige relasjonen til Gud og hans plan om frelse til verden (Nordstokke 2011: 54).

Dette er eksempler på hvordan diakoni blir forklart i Bibelen. Enda finnes det flere måter Bibelen bruker diakoni på. Diakoni kan være et oppdrag eller en gjerning som ikke koster så mye for utøveren. Men diakoni kan også være ofrende og dyr, noe Jesus er historiens største eksempel på. Andre ganger ordet *diakonos* brukes ser vi i forbindelse med Jesu uttalelser om å være hans disippel. Jesus påpeker flere ganger at å følge han innebærer å tjene andre og gjøre seg selv liten. Denne måten å bruke *diakonos* på som man finner i evangeliene, angår alle hans disipler. Diakons og måten ordet brukes i brevene vedrører personer som har fått en særskilt oppgave, gjerne personer som står i Guds eller evangeliets tjeneste, og som ut fra dette utøver et bestemt kall (Nordstokke 2011: 55).

## **2.2 Kirkens definisjon av diakoni**

Diakoni er på ulike måter forankret i Bibelen Det varierer noe hvordan begrepet forstås men det grunnleggende er at det handler om relasjoner til mennesker, relasjoner til Gud, et tjenende liv og om å være den bestemte oppgaven tro. Nå når vi har sett på diakonien slik den ble brukt da NT ble skrevet kan det være hensiktsmessig å se på dagens bruk og forståelse av ordet. Jeg retter derfor fokus på *Plan for diakoni* sin definisjon av ordet diakoni. I 2007 vedtok Kirkemøtet følgende definisjon på diakoni:

*Diakoni er kirkens omsorgstjeneste. Den er evangeliet i handling og kommer til uttrykk gjennom nestekjærighet, inkluderende fellesskap, vern om skaperverket og kamp for rettferdighet* (Jordheim 2009: 14).

En kirke er ment å være utøvende og praktisk – evangeliet i ord og handling. Diakoni er praksisen som sørger for at kirkens kompleksitet blir oppfylt. Kari Jordheim presiserer at

diakoni er å behandle alle med verdighet. Alle er skapt av Gud, hvilket betyr at det ikke er standardiserte forskjeller på oss. I Gud stiller vi alle likt: ingen kommer bedre ut enn andre- vi er likeverdige elsket av Gud uavhengig av ytre faktorer. Denne kjærligheten skal også vi vise hverandre. Tidligere definerte man diakoni ut fra et dypere fokus på vanskeligstilte. Man hadde et særlig blikk på mennesker som var i nød og kjempet mot sult, kulde og sykdom. Diakoni går fortsatt ut på å se de som lider mest, men skal også være mer enn bare veldedighet. Diakoni skal være for hele mennesket. Gjensidighet og deltagelse der man ikke definerer noen som givere og andre som mottakere blir en viktig dimensjon av diakonien. Det diakonale fellesskapet skal bære preg av at alle er likestilt (Jordheim 2009: 14).

Betydningen av ordet diakoni har utviklet seg fra Jesu tid til i dag. Nye definisjoner og planer utarbeides. Som påpekt finnes det ulike måter å definere diakoni og vektleggingen av diakoniens fokus. Men det er fortsatt noen felles grunnleggende aspekter ved diakonien. Fokus på relasjonen til Gud, medmennesker og en tjenende stilling er fremtredende i de fleste sammenhenger. Diakonibegrepet i denne avhandlingen viser sin relevans ved at den tar for seg en spesifisert side av retningen diakoni, nemlig sjelesorg. En av diakonens oppgaver er utøvelse av sjelesorg – møtet og samtalen med mennesket der det er. Dermed har denne avhandlingen sin tilhørighet i profesjonen diakoni, og jeg vil i kommende definere begrepet sjelesorg.

### 3 Sjelesorg

Sjelesorg er som nevnt et aspekt ved diakonien. Her vil jeg gjøre rede for hva som menes med sjelesorg og hvordan begrepet vil bli anvendt i teksten. Jeg vil dermed rette fokus mot de definisjonene som er relevante for forståelsen av begrepet i denne avhandlingen.

#### 3.1 Hva er sjelesorg?

Begrepet sjelesorg kan forklares på flere måter. En finsk luthersk prest, Erik Ewalds, kom på 1970-tallet med følgende sjelesorgdefinisjon:

*«Med sjelesorg forstår vi den hjelp et menneske gir et annet menneske i den hensikt å hjelpe vedkommende til å realisere seg selv og til å modnes på en måte som ikke bare muliggjør en god samfunnsfunksjon, men på en måte som gjør at sjelesorgrelasjonen også blir en hjelp til å bli friskere og til å virkeliggjøre de hensikter Gud fra begynnelsen av hadde med*

*den enkeltes liv. I uttrykket «hensikter» er selvsagt også Guds vilje til å frelse hvert menneske inkludert»*(Bergem 2008: 15). En kortere definisjon av sjelesorg ble noen år tidligere gitt av den norske lutherske biskopen Arne Fjellbu:

*«Sjelesorg er kristen omsorg for den enkelte sjel»*. En britisk tverrkirkelig organisasjon, «Association of Christian Counsellors» fremstiller sjelesorg på følgende måte:

*«Kristen sjelesorg kan bli definert som den aktiviteten som søker å hjelpe mennesker i retning av konstruktiv endring og vekst innenfor hvert eneste av deres livsområder. Målet er å oppnå dette ved hjelp av en omsorgspreget relasjon som har fast avtalte grenser, og som utspiller seg i samsvar med bibelske forutsetninger, mål og metoder som blir praktisert innenfor en ramme av kristent engasjement»*. Den reformerte tyske teologen Helmut Tacke kom for noen tiår siden med denne definisjonen:

*«Sjelesorg er praksisrelatert formidling av evangeliet i form av en fri samtale, hvor Guds sjelesorg kommer til orde. Det sjelesørgeriske målet er å gi hjelp til å tro, slik at troen kan vise seg som livshjelp»*. (Bergem 2008: 16).

Grevbo nevner i sin beskrivelse av sjelesorg uttrykket *viatorisk sjelesorg*. Dette er en sjelesorg der sjelesørgeren både er en omtenkssom medvandrer og en ydmyk budbærer. I dette definerer Grevbo sjelesorg på følgende to måter:

*«Kristen sjelesorg er å ledsage et medmenneske (eller flere) et stykke av livsveien i lys av Guds ord for å oppmuntre til å leve og til å tro»*, og *«Kristen sjelesorg er – i en sosial og kirkelig kontekst – å gå et stykke av Guds vei med et udelte og egenartet medmenneske (eventuelt med flere samtidig) for å bane vei for og formidle tro, håp og kjærlighet*. (Grevbo 2006: 508).

Tor Johan Grevbo opererer imidlertid med åtte hovedretninger innenfor sjelesorgen. Dette for å gjøre det sjelesørgeriske landskapet mer oversiktlig, da han presiserer at det vanskelig kan sies å finnes kun et enkelt entydig svar på hva sjelesorg er. De åtte hovedretningene mener Grevbo karakteriserer dagens internasjonale sjelesorg. Presentasjonen er en oversikt over ulike sjelesorgretninger i større grad enn en innføring i hvilken retning sjelesørgere praktiserer. Tendensen er at man bruker denne kunnskapen som veikart i sjelesorgen og at man dermed ikke knytter seg til bare en av dem. Jeg vil nevne disse åtte retningene uten noe videre utdypning da jeg mener jeg har tilstrekkelig dybde til å forstå begrepet sjelesorg i det som alt er kommet frem.

1. Budskapformidlende (kerygmatiske) sjelesorg
2. Bibelbasert (evangelikal) sjelesorg
3. Utrustningsorientert (karismatisk) sjelesorg
4. Fordypende (spiritual) sjelesorg
5. Menighetsfundert (ekkesial) sjelesorg
6. Dybdepsykologisk (analytisk) sjelesorg
7. Partnersentrert (terapeutisk) sjelesorg
8. Samfunnsrettet (sosio-politisk) sjelesorg

Grevbo kategoriserer disse retningene mer direkte ved å plassere dem innenfor en høyrefløy og en venstrefløy. Skjematisk sett befinner nr 1. seg ytterst på høyrefløyen, mens nr. 8 befinner seg ytterst på venstrefløyen. Høyrefløyen er i overensstemmelse med Okkenhaugs kerygmatiske sjelesorg som har sitt tyngdepunkt omkring Gud, kirken og Bibelen mens venstrefløyen kan lignedes med Okkenhaugs konfidentsentrerte sjelesorg da dette i hovedsak dreier seg om mennesket og verden (Grevbo 2006: 302-399).

Disse definisjonene på sjelesorg viser alle til en relasjon, en praksis og et forhold der en sjelesørger, ved hjelp av samtalen og ut fra en kristen dimensjon, leder en eller flere konfidenter gjennom vanskelige situasjoner i hverdagen. I likhet med Grevbo tar Berit Okkenhaug utgangspunkt i ulike sjelesorgretninger. Tre av Okkenhaugs mest sentrale retninger kommer igjen i drøftningsdelen og presenteres kort i følgende del.

### **3.2 Retninger innenfor sjelesorgen**

En sjelesørger bærer et viktig ansvar overfor den andre, både på det åndelige plan, men også på det personlige og mellommenneskelige plan. Det hviler mye makt i rollen som sjelesørger, derfor er det grunnleggende viktig at sjelesørgeren går reflektert inn i denne rollen. Som menneske er man grunnleggende forskjellig. Selv om man møter mange med tilsynelatende samme skjebne, er enkeltmennesket likevel så unikt at hver skjebne trenger *sitt* møte, *sin* relasjon, *sin* plass. To kreftsyke har det felles at de er rammet av sykdommen og kan dermed ende opp som kategorier fremfor enkeltindivider. Som sjelesørger vil det være viktig å se *mennesket* og å søke å nå det som befinner seg bak kategorien *kreftsyk*. Det er ut i fra de følelsene og uttrykkene som finnes der, at en sjelesørger kan handle og kartlegge behov. De tre sjelesorgretningene vektlegger, som vi nå skal se nærmere på, noe forskjellig fokus i den

sjelesørgeriske praksis.

### **3.2.1 Kerygmatiske sjelesorg**

Ordet *kerygma* betyr budskap. Denne retningen knyttes gjerne til den historiske sjelesorgpraksisen, slik sjelesorg vanligvis ble praktisert. Her fokuseres det på at sjelesørgeren tar en tydelig ledelse i samtalen, og at formidling av Guds ord til konfidenten blir fremtredende (Okkenhaug 2002: 24). Grevbo beskriver den kerygmatiske retningen som budskapsformidlende. Menneskets syndige natur og splittelse fra Gud vektlegges, og dermed blir forkynnelse til den enkelte essensielt i sjelesorgen (Grevbo 2006: 308). Oppdragelse og formaning er fremtredende begreper i kerygmatiske rettet sjelesorg. Okkenhaug understreker videre at det i mellomkrigstiden var knyttet utfordringer til forholdet mellom sjelesorg og terapi. Terapien tok sin plass både i forhold til språk og forståelsesrammer. I terapien ble skyld benektet og «synd» omgjort til «skyldfølelse». Som følge av dette ble det særlig fokus på et tydelig og klart skille mellom terapi og sjelesorg (Okkenhaug 2002: 24)

### **3.2.2 Konfidentsentrert sjelesorg**

Dette er den andre av de tre sjelesorgretningene Okkenhaug eksplisitt trekker frem. Der det i den kerygmatiske sjelesorgen fokuseres særlig på formaninger og forkynning av evangeliet, blir det i denne sjelesorgretningen vektlagt at konfidenten og de problemstillinger som måtte komme frem står i sentrum. Det er ikke først og fremst forkynnelsen som er det sentrale slik det fremgår i den kerygmatiske sjelesorg. En konfidentsentrert sjelesørger er bevisst på å skape en atmosfære som oppleves trygg og ikke-dømmende der partene sammen kan utforske underliggende materiale. Det er her viktig å la konfidenten komme til med hele seg. I den kerygmatiske sjelesorg kan det tenkes at det forkynnende fokuset står i veien for det enkelte menneskets livsvirkelighet. Imidlertid må man også ta høyde for at den konfidentsentrerte sjelesorg kan bli altfor fokusert på individet og inkluderer lite lov og evangelium. Noe essensielt ved det sjelesørgeriske uteblir dersom sjelesorgen aldri kan inneholde evangeliske aspekter (Okkenhaug 2002: 26-27), noe som vil bli videre belyst i drøftningsdelen.

### **3.2.3 Kirkelig orientert tros -og livshjelp**

Formuleringen tros- og livshjelp er hentet fra forfatteren Helmut Tacke. I en bok tar han for seg en sjelesørgerisk tilnærming der man forsøker å gi hjelp både til *troen* og *livet*. Sjelesorgen knyttes sterkere til det kirkelige fellesskap, hvilket vil si at privatpraktiserende sjelesørgere er uakseptabelt. Det er også vesentlig å peke på det diakonale aspektet i

sjelesorgen. Jo mer man ser sjelesorg som en del av en menighets diakonale tjeneste, jo mer vil en også peke på betydningen og se behovet for utdannelse av leksjelesørgere. For konfidentens vedkommende vil dette fellesskapsperspektivet si at konfidenten ikke bare blir et objekt for menighetens omsorg, men er også selv delaktig og har ansvar i fellesskapet (Okkenhaug 2002: 28).

I møte med den alvorlig syke vil *unikhet* og *behov* være to vesentlige begreper for sjelesørger å arbeide ut fra for at samtalen og relasjonen mellom konfident og sjelesørger skal bli best mulig. Med ulike sjelesorgperspektiv vil man i større grad kunne favne den enkelte konfident og de behov vedkommende har.

### **3.3 Felles for sjelesorgen**

Ulike definisjoner på hva sjelesorg er kan være tjenlig og gir flere muligheter for konfidenten. Likevel er der noen grunnleggende aspekter ved sjelesorgen som gjelder sjelesorg generelt. Som sjelesørger er det grunnleggende at man har en kristen tro og at man ser seg selv i forhold til Gud i den tjenesten man står i. Sjelesorg innebærer å ta Gud med i samtalen og handle på bakgrunn av den relasjonen og kommunikasjonen som oppstår i møte mellom Gud, den søkende og sjelesørgeren.

Anders Bergem understreker de typiske trekkene ved sjelesorgen som viser seg å gå igjen hos de fleste. For det første påpekes det at sjelesorg er noe som foregår mellom to eller flere personer. Sjelesorg kjennetegnes ved at en form for fysisk nærhet inntreffer og er mer eller mindre adskilt fra omgivelsene. Til forskjell fra tradisjonell undervisning og forkynnelse begrenser sjelesorg seg til de «små» rommene. Det andre som er typisk for sjelesorg er at samtalen er det absolutt viktigste redskapet. Det tredje aspektet som er med på å klassifisere sjelesorg er at den utøves i rammen av en kristen virkelighetsforståelse, enten uttrykt i form av ord eller ordløse symbolske handlinger (Bergem 2008: 16-17).

Man ser altså at sjelesorg uttrykkes og utføres forskjellig avhengig av hvilket fokus man tillegger sjelesorgen, noe man blant annet ser hos Okkenhaugs tre retninger. Samtidig ser man at noen fremtredende momenter går igjen i de fleste sjelesorgsettingene: Sjelesorgen kan plasseres i rammen av den kristne tro, *samtalen* er essensiell og relasjonen foregår fortrinnsvis mellom sjelesørger og konfident.

Det er med bakgrunn av dette jeg anvender begrepet *sjelesorg* i denne avhandlingen. Jeg vil nå se nærmere på sykdommen kreft og noen aspekter ved sykdommen som kan være nyttig å ha kunnskap om som sjelesørger i møte med en alvorlig syk.

## **4 Kreft som sykdom**

Det er en kveld jeg sent kommer til å glemme – samtalen mellom meg og kollegaen på sykehjemmet. Følelser av ubehag streifet gjennom kroppen. Jeg var redd for å snakke om kreft, redd for å være i nærheten av en med kreft og redd for hvordan situasjonen kom til å utarte seg de neste minuttene. Jeg kunne minimalt om kreft, jeg hadde ingen erfaring med samtaler i møte med kreftrammede og jeg hadde alltid unngått situasjoner der jeg kanskje kunne måtte forholde meg til personer med kreft. I ettertid har jeg kjent på hvilken virkning *kunnskap* har å si. Hadde jeg den gang hatt mer kunnskap om kreft og kjennskap til hvordan kreft kan virke inn på den rammede hadde jeg stått på litt stødigere grunn. Historien hadde kommet like brått på, men da hadde jeg i det minste hatt noe kunnskap og forståelse i temaet. Det er det dette kapittelet skal handle om, en utredning om sykdommen kreft og momenter som kan være nyttig å vite om personer som er kreftrammet og hva de kan ha behov for.

### **4.1 Hva er kreft?**

På Kreftregisterets hjemmeside informeres det om kreft som sykdom. Alt som lever er bygget opp av celler. I menneskekroppen befinner det seg milliarder av dem. De gamle cellene byttes jevnlig ut med nye. Dette forløper seg ved at gamle celler lager kopier av seg selv ved celledeling. De nye cellene som oppstår blir da helt lik de gamle. Under celledelingen kan forekomst av skader på gener skje. Kroppens forsvarssystem ødelegger vanligvis celler som har en feil, men dersom dette ikke blir gjort kan de ødelagte cellene utvikle seg til kreftceller og det dannes en kreftsvulst. For å få en fullt utviklet kreftsvulst kreves som regel fire til seks mutasjoner i cellenes genmateriale og ingen steder på kroppen er sikret mot kreft

(<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft/Hva-er-kreft/>) (08.02.13. kl. 16:39).

Kreft er som kjent i mange tilfeller dødsfarlig. I dag har legevitenenskapen kommet langt og flere overlever kreft, men enda er det mange som dør av sykdommen noe jeg vil belyse nærmere i kommende del.

### **4.2 Kreft og død**

Statistisk sett er krefttilfellene økende. Dødeligheten hos kreftpasienter vil variere ut fra hva slags kreft de har og når kreften oppdages. Ole Nome påpeker at rundt 10 000 mennesker i



Norge dør av kreft hvert år. 6000 av disse dør innen et år etter at diagnosen er konstatert. I løpet av dette året har pasientene vært igjennom primærbehandling, eventuelle forsøk på livsforlengende behandling og terminal omsorg. De øvrige 4000 som dør årlig av kreft har vært gjennom ulike faser enten det er enkle kliniske undersøkelser til omfattende diagnostiske utredninger for å finne ut av mulig tilbakefall av sykdommen og med tanke på livsforlengende behandling. Nome presiserer at man ikke vet nøyaktig hvor mange pasienter som kontinuerlig har en «aktiv» uhelbredelig kreftsykdom, men anslår at det sannsynligvis ligger på 15 000- 20 000 (Nome 2000: 269).

For mange er døden noe som hører alderdommen og fremtiden til, noe man ikke behøver å ta stilling til med det første. For andre kommer døden altfor nærme altfor tidlig. I noen tilfeller kan døden komme som en brå realitet – en realitet man på en eller annen måte blir tvunget til å måtte forholde seg til. Uhelbredelig alvorlig syke, som er mitt fokus i denne avhandlingen, er på ulike måter i en posisjon der døden blir en del av nuet. Døden som for mange hører langt inn i fremtiden til, kan komme plutselig inn i livet og gjøre seg gjeldene tidligere enn ventet, noe som i ulik grad setter vedkommende i en utfordrende posisjon.

Jeg vil nå se nærmere på viktige temaer knyttet til døden som kan bli til hjelp i en sjelesørgerisk tilnærming. Jeg skal ta for meg aspekter ved døden som kan være nyttige for meg som sjelesørger å vite om, og som kan bidra positivt i en sjelesørgerisk samtale.

#### **4.3 Død er tabu**

«Death is considered un-American because we cannot control it» skriver Abigail Rian Evans. De fleste amerikanere i dag har forsøkt å holde døden på avstand ved å hviske den ut av tankegangen (Evans 2011: 17). Min opplevelse av døden er, som Evans impliserer, at den tilhører det taushetsbelagte, spesielt når den kommer tett innpå livet. Alle har et forhold til døden gjennom media og underholdning, og denne døden er mindre «farlig» enn den nære og virkelighetsrelaterte døden. Døden er ikke skremmende så lenge man har den på avstand. I det øyeblikket man står ansikt til ansikt med døden får den en annen karakter.

Hvilket forhold man har til døden vil variere ut fra kultur og tradisjon. Som Per Erik Solem understreker er det svært få som bruker ordet «død» når man snakker om døden. Det mest vanlige er å snakke om at noen er «gått bort», «sovnet inn» eller «vandret». Døden plasseres gjerne i institusjoner og bort fra det hverdagslige og intime. Begravelser foregår ofte i stillhet

og man ønsker ikke blomster eller kondolanse (Solem 1985: 32-33). Hvorfor har døden fått den merkelappen den har fått – et begrep det er vanskelig å forholde seg direkte til, og som heller erstattes med metaforer? Dette reflekterer Inge Lønning rundt og mener det skyldes at døden oppleves som en frihetsberøvelse. Døden setter grenser for drømmer og fremtidsplaner. Døden er endelig og uten diskusjon eller muligheter for forhandling (Lønning 1985: 24).

#### **4.4 Hvordan snakke om døden?**

Døden kan være et sårbart og vanskelig tema. Særlig kan det å samtale om døden med alvorlig syke være en krevende handling. Sjelesørger kan føle seg utilstrekkelig og maktesløs i møte med en døende person, og dermed kan det rå usikkerhet fra sjelesørger sin side i relasjonen, noe som kan låse god utøvelse av sjelesorg. Et aspekt som Ulla Qvarnström understreker er at man automatisk antar at den syke ikke ønsker å snakke om døden og opplevelsene knyttet til det å være døende. I motsetning til hva de fleste tror, setter mange pasienter pris på å kunne «luften ut» det de har av følelser og tanker omkring døden. I stedet for å ligge alene i sykesengen og tenke, foretrekkes det ofte å bryte denne ensomheten. Det å kunne sette ord på følelser og opplevelser knyttet til døden gjør at pasientene føler en form for lettelse (Qvarnström 1982: 64-65). Som sjelesørger vil det være viktig å la døden slippe til. Med døden følger mange tanker og følelser som trenger å luftes. Solem poengterer også viktigheten av en åpen kommunikasjon rundt døden, og refererer til Kubler-Ross som beskriver pasienter som tier om døden fordi de er redde for å skape problemer for personalet og sette dem i en ubekvem posisjon (Solem 1985: 36). Kreftsykepleier Marie Aakre har også noen viktige perspektiver på døden. Mangelen på sannhet og åpenhet truer både den døende og fellesskapet rundt. Det er enklere å gi håp om å bli frisk enn å snakke ærlig om at det er *liten tid igjen*. At døden er nærme er sårt, men å legge lokk på følelser og åpenhet rundt dødsprosessen er mer sårt. Den døende vet at den skal dø og bør kunne få mulighet til å dele tankene rundt dette med noen. Men mye angst og håpløshet skyldes at det ikke er korrelasjon mellom det den syke føler og det som faktisk uttales, for å skåne de nærmeste (Aakre 2001: 18).

#### **4.5 Å gjøre døden mindre skremmende**

Som det kommer frem her viser det seg å være et sprik mellom den døende og stillheten omkring døden. Mange døende opplever at de ikke kan snakke om døden i mangel på noen som våger å lytte. Der finnes ulik praksis på hvordan man forholder seg til død og i hvilken

grad man er åpen for å snakke om det. I norsk kontekst er det stadig mer kunnskap om og åpenhet rundt det, men enda er det vanskelig å snakke om. Mye gjenstår enda før man kan gripe døden på en tilfredsstillende måte. Det er ikke sikkert døden nødvendigvis behøver å inngå som en naturlig del av det daglige. Men likevel er det rett at den døende skal få ha et forhold til det og kunne luften sine følelser rundt døden. Dermed må man på en eller annen måte legge til rette for at døden ikke får det siste ordet. Et bidrag i denne sammenheng finner vi hos Per Erik Solem, som signaliserer at det bør settes i gang tiltak som gjør det mulig for flere å dø hjemme (Solem 1985: 37). I stedet for å skyve døende inn i institusjonene som kan gi en følelse av at døden bare tilhører et begrenset område, vil man ved å beholde den døende hjemme kunne få et mer avslappet og naturlig forhold til død som fenomen. Et annet viktig perspektiv som Solem trekker frem, er at døden kanskje ikke blir like skremmende for den døende når man er støttet og tatt vare på av mennesker rundt. Døende kan dessuten virke mindre skremmende når en ser at de døde ikke forsvinner ubemerket, at ens død angår andre mennesker og at dette ikke opphører etter ens død (Solem 1985: 31). Døden kan virke rystende, men å reflektere rundt det faktum at den enkeltes død angår flere, kan virke lindrende og mindre truende på livene til de involverte. Istedenfor at døden blir det siste som skjer, kan den bringe fellesskap og knytte bånd. Jo mindre åpenhet rundt tematikken død, jo mer ensomt er det å være døende. En døende vil kunne ha behov for en relasjon der et ærlig og utilsørt hjerte får innta rommet. Dette *rommet* må sjelesørger gjøre åpent nok til at innestengte og tilpassede følelser får utfolde seg og, om mulig, bidra til at den alvorlig syke ikke føler seg så alene i det ukjente landskapet.

Jeg vil i punkt 4.7 se på aktuelle behov, både på relasjonelt nivå og av psykisk art, som kan tilknyttes den alvorlig syke. Først vil jeg i følgende avsnitt, personlighetsforandringer, se på vanlige reaksjoner på en omveltende og ny tilværelse som en alvorlig sykdom kan være. Dette for å enklere kunne forstå noe av det som ligger til grunn for de sannsynlige behovene som kan oppstå hos alvorlig syke.

#### **4.6 Personlighetsforandringer**

Å være alvorlig syk innebærer ofte å måtte forholde seg til en hverdag preget av usikkerhet og uforutsigbarhet. Andre premisser spiller inn, livet tok en annen vending enn det man hadde sett for seg. En omveltning som dette vil hos de fleste syke virke inn på personligheten. I boken *Palliasjon. Nordisk lærebok* poengteres det at pasienter reagerer ulikt på den nye omveltningen. Noen viser lite tegn på bedrøvelse i møte med situasjonen, andre er tydeligere

på at de reagerer. Noen synes begrenset informasjon holder, andre etterspør mer enn man kanskje klarer å svare på. Personer som i utgangspunktet er veldig sårbare vil ofte reagere på situasjonen med engstelse, nedstemthet eller skyldfølelse. Dette gjør at den syke kan fremstå noe hjelpeløs, og kan resultere i at hjelperen bagatelliserer bekymringen, noe som videre kan føre til uro i relasjonen. Som sjelesørger vil det derfor være viktig å ikke se smått på de ulike destruktive følelsene som melder seg men ta de på alvor og snakke ut om det vonde.

Personlighetstrekk tenderer til å bli mer fremtredende når livet truer, som for eksempel ved en alvorlig sykdom (Loge, Bjordal, Paulsen og Kaasa 2008: 66).

Det er riktig å kunne si at de fysiologiske endringene som skjer i livet til en alvorlig syk også innvirker på personlighetstrekkene til pasienten. I følge Tore Kr. Schjølberg lider nesten en tredjedel av alle kreftpasienter grunnet uavklarte forhold knyttet til endret kroppsbilde. En kreftrammet person får ofte, som følge av sykdommen og/eller behandlingen, fysiske eller psykiske forandringer (Schjølberg 2000: 88). Derfor vil det være vesentlig som sjelesørger å ta hensyn til faktorer som kropp og selvbilde når man kommuniserer med en alvorlig syk. Det er ikke uvanlig at vekten går opp/ned, kroppslige funksjoner reduseres, energinivået blir lavt og smerter følger den rammede store deler av tiden. Rollen som kreftpasient overdøyer tilværelsen, noe som kan innvirke negativt og medføre endringer i personlighet (Schjølberg 2000: 91).

Det viktige her blir å fokusere på hva som er personen og hva som er sykdommen. Livet som alvorlig syk kan kjennes som en voldsom omveltning for den rammede. Følelser som frykt, angst, aggresjon, ensomhet, depresjon, skyld, ansvar, sinne, skam, tabu, etc. kan bli fremtredende, gjerne i store doser. Dette er vanlig, men essensielt at sjelesørger er klar over og evner å ta imot de følelser som måtte komme.

#### **4.7 Mulige omstendelige behov i den alvorlig sykes liv**

Mange, inkludert meg selv, synes det er utfordrende å omgås alvorlig syke, noe som kan resultere i at man trekker seg unna. Men hva om den alvorlig syke trenger mest det den får minst, nemlig det sosiale samværet?

David Kuhl slår fast at mange alvorlig syke opplever at viktige relasjoner og den sosiale rollen forsvinner. Kanskje enda mer enn før er det nettopp nå den syke trenger disse relasjonene. Å være alvorlig syk føles ofte ensomt, en følelse av at ingen kan relatere seg til

det en går gjennom. Relasjonene og den sosiale rollen vil være viktig for mange alvorlig syke, ikke bare som en psykisk støtte, men for å motvirke følelsen av å være adskilt fra samværet (Kuhl 2002: 99-100). Isolasjon og meningsløshet vil for mange alvorlig syke bli fremtredende momenter, derfor kan det å distansere seg fra alvorlig syke bidra til at ensomheten forsterkes og plassere den alvorlig syke i et «rom» den ikke ønsker å være i. Der kontakter og relasjoner opprettholdes blir gapet mellom ensomheten og den alvorlig syke mindre (Kuhl 2002: 104). Relatert til denne ensomheten skriver pastor John Patton om sine erfaringer i møte med alvorlig syke og deres behov. Tilbakemeldinger fra pasienter og deres familier har vært takknemlighet over at han tok seg tid til dem. Det understrekes videre at *tålmodighet*, *lidenskap* og evnen til å *lytte* blir sett på som nøkkelfaktorer i møte med en alvorlig syk (Patton 1993: 137).

Som Kuhl og Patton skriver, trenger ikke den alvorlig syke nødvendigvis alltid å høre det rette til enhver tid. En av mine største frykter er alt galt jeg kan si i samtale med en alvorlig syk. Men fokuset er ikke først og fremst på *hva* som blir sagt. Det er det mellommenneskelige, det å bli sett, det å bruke tiden på den andre som hos mange alvorlig syke vil bety mest. Sentralt her er den alvorlig sykes frykt for døden. Døden er på en mer nærgående måte en realitet for den alvorlig syke, derfor vil behovet for å kunne samtale uten filter omkring døden ofte være et behov den alvorlig syke har. Møtet med døden og veien fram dit kan være en ensom vei å gå. Å ha noen å dele tanker og følelser med på denne ukjente veien vil være verdifullt. Med noen å samtale med om døden og tankene rundt den føler den alvorlig syke seg i mindre grad forlatt og i større grad bundet til det som er nå, og som Patton sier: man er døende men fortsatt i live. (Patton 1993: 143). En viktig rolle for sjelesørger i møte med en alvorlig syk må være, som Abigail Rian Evans understreker, å være en advokat for de syke. Hva som er en «god død» kan bare defineres av den syke selv. Den syke må kunne få leve sin siste tid ut fra behov og premisser den søker. Som Stephen Covey understreker: «The main thing is to keep the main thing the main thing» (Evans 2011: 269-270).

#### **4.8 Samtalen: hvordan møte den syke?**

Å samtale med en alvorlig syk behøver ikke være mer enn en vanlig sjelesørgerisk samtale. Man slipper å være mer enn hva man allerede er. En alvorlig syk har de samme behovene som andre mennesker: å snakke om følelser og opplevelser som kjennes utfordrende. Sjelesørgerens oppgave er å lytte, å vandre sammen med den syke på reisen, og å skape rom for å inkludere Gud på denne reisen. Som sjelesørger trenger man ikke frykte for at man ikke

alltid vet hva man skal si. Lars Sverkstrøm skriver i det han referer fra et eksempel på et sykehus at det er den syke selv som velger hvem den vil snakke med. Den syke velger om den vil snakke med en lege eller sykepleier (Sverkstrøm 1981: 71). Den syke velger om den vil snakke med sjelesørger eller ikke. Har en alvorlig syk kontaktet en sjelesørger, er det fordi det er det den syke trenger på det tidspunktet. Dette er et initiativ som vier sjelesørger stor tillit og sjelesørger skal få tre inn i den sjelesørgeriske rollen med frimodighet. Det presiseres at en av de viktigste måtene å møte den alvorlig syke på er ikke nødvendigvis med ord, men de enkle konkrete tingene som å holde den syke i hånden, stryke den på ryggen eller bare være tilstede (Sverkstrøm 1981: 71).

Ordene er ikke alt. Det er helheten; tilstedeværelsen, en hånd å holde i, ferske blomster, opplevelsen av å ikke være alene, som utgjør den store trøsten (Sverkstrøm 1981: 72). Å vite at sjelesorg i møte med en alvorlig syk ikke bare er å formidle viktige ord, men også små, enkle praktiske ting, gjør mitt forhold til sjelesorg med alvorlig syke mindre skremmende. Kerstin Lindqvist presiserer at de rette ordene ikke finnes, det den syke trenger er en holdning som viser åpenhet for dens problemer (Lindqvist 1983: 14) Et annet viktig trekk i en sjelesørgerisk samtale i møte med den syke er evnen til å vise empati. Uten denne evnen vil kontaktoppnåelse være en umulighet. Har man ikke evne til å sette seg inn i den andres liv og på et eller annet nivå kunne forestille seg hvordan personen har det, kan man med god grunn stille seg kritisk til personens egnethet til å jobbe med mennesker. Det er likevel ikke meningen at man skal leve seg inn i livet til den andre i så stor grad at man ikke lenger skiller mellom jobb og privatliv. Man klarer heller aldri å sette seg hundre prosent inn i følelseslivet til den andre. Gir man uttrykk overfor den andre at man skjønner hvordan den har det uten å ha opplevd det samme, bagatelliseres den andres liv og historie. Hensikten er, som Lindqvist fremhever, å være åpen og lytte til personen og forsøke å begripe hvordan vedkommende har det (Lindqvist 1983: 15). Berit Sæteren viser også til omveltningen det er for en person å gå fra et liv som frisk til å måtte se sykdommen og dens følger i øynene. En alvorlig sykdom bringer med seg ulike former for tap. Dette er vondt å akseptere for den rammede. Å gå fra å ha et oppegående liv til å være avhengig av hjelp er en ny og for mange utfordrende situasjon, og behovet for å klandre Gud blir ofte fremtredende (Sæteren 2000: 185). Som Kjell-Petter Dahl understreker, kan dette gjøre møtet med sjelesørger utfordrende for den alvorlig syke. Sjelesørger blir en representant for det den syke etterhvert har begynt å hate: sykdommen, mennesker og Gud. Det positive med dette er at følelsene til sist kommer ut, og med tålmodighet og mye kjærlighet vil sjelesørgeren kanskje etterhvert kunne oppleve at noe av

det harde har glidd av og sjelesørger kan bringe kjærlighet og Guds ord inn i livet til den rammede og den sjelesørgeriske samtale kan på alvor ta til (Dahl 1978: 63-64).

Selv om jeg nå, basert på ulik litteratur, har gitt en presentasjon av aspekter som kan være nyttig å ha kunnskap om i samtale med alvorlig syke er det likevel ikke noe som automatisk er overførbart fra det ene tilfellet til det andre. Det jeg har presentert er ment som en hjelp og nyttig ressurs i samtale med alvorlig syke, ikke som en mal på hvordan en samtale med alvorlig syke *må* foregå. Hvert menneske er unikt og opplevelsene og erfaringene ved sykdommen er forskjellig. Derfor fungerer denne presentasjonen bare som en veiledning og ikke som en spikret oppskrift på hvordan en alvorlig syk *skal* bli møtt i enhver situasjon.

## 5 Ulike aspekter ved sorg i møte med den alvorlig syke

Jeg vil i dette kapittelet se nærmere på hva som betegner begrepet *sorg* og hvordan sorgens forløp kan utarte seg. Å være alvorlig syk involverer mye på en gang. Et spekter av følelser og reaksjoner åpner seg og sorg vil hos mange alvorlig syke være en uunnværlig del av dette spekteret. Mange har god kunnskap om hva sorg angår. Det er et begrep man kjenner igjen fra dagligtalen. Men som sjelesørger mener jeg det er grunnleggende viktig å ha noe *mer* enn bare kunnskap om begrepet sorg. Å møte en sørgende person der denne trenger å bli møtt krever at man vet hva man har å forholde seg til på daværende tidspunkt men også underveis i prosessen. Kunnskap om sorg er ikke tilstrekkelig i møte med en sørgende. *God* kunnskap er en nøkkelfaktor. Da vet man såpass at sorg er noe mer inderlig enn sorg som snakkes om i dagligtalen. Sorg er noe man må forstå for å kunne møte den sørgende der behovet er. En sjelesørger skal kunne gi noe mer enn hva konfidenten kunne fått andre steder. Dette innebærer derfor at sjelesørger bør være kjent med begrepet *sorg* utover den allmenkjente bruken av begrepet. En ytterligere kunnskap om begrepet *sorg* og hvordan *sorgprosessen* kan utarte seg i den sørgendes liv vil være verdifull kunnskap for en sjelesørger i møte med en alvorlig syk i sorg. Derfor vier jeg dette kapitelet denne tematikken for å bidra til økt kunnskap av begrepet sorg, og for å enklere kunne bistå en sørgende i sjelesorgsamtalen. Det skilles mellom sorg om reaksjoner, prosess og faser.

### 5.1 Hva er sorg?

Sorg er en naturlig psykososial tilpasningsprosess etter tap som oppleves betydningsfulle. Når man snakker om tap tenker man ofte tapt relasjon. Men tap kan også gjelde konkrete tap som

for eksempel tap av kroppsdel og utfoldelsesmuligheter. Det vesentlige her er at sorg i tilfeller som dette også er alvorlig og den sørgende må bli møtt med respekt og forståelse i sorgprosessen. Man kan oppleve at personligheten forandres, relasjoner blir vanskelig og utfoldelsesmulighetene reduseres. Sorg blir en naturlig reaksjon på de nye og vonde opplevelsene (Sandvik 2003: 23-24).

Lars J. Danbolt betegner sorg som noe altomfattende. Intensiteten kan være varierende, men sorgen preger hele tilværelsen for den sørgende. Sorgen oppleves fysisk, psykisk og åndelig. Sorgen angår hele mennesket, og dets relasjoner og problemer som før virket små forsterkes i denne sorgen (Danbolt 1990: 43). Sorg har gjennom historien fått ulik plass og aksept. Oddbjørn Sandvik understreker at det i tiden etter 2. verdenskrig ble særlig fokusert på muligheter til å møte ekstreme belastninger. Victor Frankl var opptatt av å gjennomleve lidelse og tilskrive den mening. Tidligere var man opptatt av at den sørgende skulle bære sin skjebne mens det i senere tid er blitt fokusert på hvordan man kan mestre lidelsene (Sandvik 2003: 15-16). Å definere hva sorg er har vært en av utfordringene i faglige tilnærminger. Sandvik beskriver, ut fra en vid definisjon, at sorg er reaksjoner på betydningsfulle tapsopplevelser. Betydningsfulle tapsopplevelser kan oversettes med tap som virker inn på livssituasjonen og opplevelsene av hva livet dreier seg om. Hva som oppleves som tap vil variere, alt etter hvilket forhold man hadde til det man hadde før det var tapt og i hvilken grad det hadde mening i livet vårt (Sandvik 2003: 15-16) En alvorlig syk vil på flere måter kunne kjenne på tap i forhold til for eksempel redusert ytelsesevne eller ressursmestring i hverdagen fra å gå fra et aktivt liv til en ofte mer begrenset livsutfoldelse. Sorg kan også betegnes som en prosess. Det er vanlig å dele inn sorgprosessen i fire faser eller stadier (Sandvik 2003: 16-17). Disse stadiene vil jeg belyse nærmere i punkt 5.4. Nå vil jeg i følgende se på sorg som reaksjoner.

## **5.2 Sorg som reaksjon**

Det skiller gjerne mellom fem ulike reaksjonsmåter i sorgens forløp. De følgende er: 1) *fysiske reaksjoner* (smerte, tretthet, utslitthet, søvnløshet, økt sensitivitet), 2) *følelsesmessige reaksjoner* (tristhet, sinne, skyldfølelse, angst, skam, lengsel, lettelse) og 3) *tankemessige reaksjoner* (konsentrasjonsvansker, hukommelsesvansker, påtrengende minner, opptatthet av døden og årsaker til dødsfallet, søken etter mening, kontroll og trygghet i tilværelsen). Sandvik nevner også to mønster som kan involvere mennesker på en enda mer konkret måte: 4) *atferdsmessige reaksjoner* (gråt, leting, unngåelse eller oppsøking av påminnere om tapet, rastløshet og overaktivitet, passivitet, sosial tilbaketrekning, økt røyking, alkohol- eller



stoffbruk) og 5) *endringer i relasjoner og roller* i forhold til andre mennesker (Sandvik 2003:17). Dette viser bredden og spekteret i reaksjonene som kan inntreffe når sorgen oppstår, kunnskap som er vesentlig å kjenne til når man i en sjelesørgerisk kontekst skal samtale med alvorlig syke.

I boken *Omsorg i kriser- håndbok i psykososialt støttestarbeid* tar Petter Skants for seg sorgbegrepet knyttet til arbeidet med pårørende. Som Skants skriver er sorg den prosessen man må gjennom for å bearbeide de tap som rammer en (Skants 2008: 186). For en alvorlig syk kan ordet *tap* være dekkende på mange måter. Tap av integritet, tap av trygghetsfølelse, tap av livsgnist, tap av vanlig hverdag, tap av håp, tap av gleder og tap av forventninger. En alvorlig syk mister noe av sin vanlige hverdag, og mister også noe av seg selv. Sorg er å finne seg selv i denne hverdagen og forsones seg med at hverdagen beror på en sårbar annerledeshet.

Sorg er individuelt og en viktig faktor her, som Skants understreker, er at ingen sørger galt. Det er viktig at den sørgende får sørge ut fra sine behov ut fra sitt stadie. Sorg har ingen fast prosedyre, og derfor finnes det heller ikke noe som er rett og galt i sorgen. Sorg fungerer også sånn at den tar pauser. Noen dager er sorgen sterk og fremtredende, andre dager er sorgen mindre pregende. Mange kan bli forundret over hvor fort dette svinger. I det ene øyeblikket kan den sørgende ha det fint, mens den minutter senere er tilbake til det mørke. Dette er vanlig i sorgprosessen, den varierer i grader. Etterhvert som forløpet i sorgen utarter seg og har pågått en stund blir pausene som regel lenger og de tunge stundene sjeldnere (Skants 2008: 187).

### **5.3 Sorg som prosess**

Det å måtte forholde seg til sorg handler om å finne alternative og nye måter å hankses med hverdagen på. Man må akseptere det som er tapt og finne en akseptabel måte å leve videre på. Et tap fører til endringer i det som til daglig ble tatt for gitt. Den sørgende må nå omstille seg hverdagen og, ut fra Shuchter og Zisook's multidimensjonelle sorgmodell, etablere nye rutiner, regler, samspill, finne nye livshorisonter, gjenvinne et godt og stabilt selvilde og gjenskape troen på en trygg, rettferdig og meningsfull verden. En som er i sorg vil også ofte bære preg av endret atferd i møte med andre. Sorg kan prege kommunikasjonen, samspillet i det relasjonelle og endrede roller. Dette tatt i betraktning, kan man si at sorg bearbeides *i* og *gjennom* relasjonene den sørgende står i til andre mennesker. Relasjonene vil i ulik grad virke inn på den enkeltes sorgprosess, ved at relasjonene enten styrkes eller svekkes. Da er det

relevant å ha oversikt over hvordan relasjonene påvirker sorgarbeidet, hvilke relasjoner som er viktige og hvilke relasjoner som er uheldig i den sørgendes liv. Sorg kan betegnes som både de kortsiktige reaksjonene rett etter erfaringen av et tap og den langsiktige tilpasningsprosessen: å leve videre med tapet (Sandvik 2003: 22-23).

#### **5.4 Sorg som fase**

Når alvorlige og vanskelige livshendelser inntreffer kalles det ofte kriser. Man skiller mellom to typer kriser: livskrise og traumatisk krise. Livskriser handler om de påkjenningene som kan komme ved valg av studium/yrke, alderdom, og det å få barn. Traumatiske kriser er hendelser som ikke inngår i det vanlige livsløp som for eksempel sykdommer, ulykker eller voldshandlinger. En person som får vite at den har en alvorlig kreftsykdom vil normalt reagere med forsvar og benektelse. Denne fasen kalles *sjokkfasen* og er den første av de fire fasene (Eide & Eide 2009: 166-167). Vanligvis kan det være vanskelig å se om noen er i sjokk. Personen kan virke rolig og vanlig, unntakene er de som reagerer med apati eller panikk. Det man imidlertid kan merke seg er at den rammede kan virke noe følelsesmessig fjern og fortelle om endrede sanser opplevelser. Noen opplever at tidsopplevelsen forandres, alt skjer i sakte film. Skjelving, blekhet, svette og fysisk uro kan også være tegn på at personen er i sjokk. Personen som er i sjokk vil ofte benekte det som er skjedd eller distansere seg fra det som er skjedd i håp om at det ikke er virkelig. Personer som er i sjokkfasen trenger å bli møtt med omsorg og gjerne praktisk hjelp. Å møte personen ved å vise medmenneskelighet, la den avreagere, berolige og oppmuntre, godta, ikke bebreide, aktivisere, gi muligheter for hvile og å fokusere på at det handler om normale reaksjoner på urimelige påkjenninger vil i varierende grad være nødvendig i møte med personen som er i sjokk. Mange som er i sjokkfasen vil måtte få informasjonen om igjen. Informasjonen som er blitt gitt kan ha blitt feiltolket eller bare delvis oppfattet. Å la den sørgende selv få sette ord på det som er skjedd kan være essensielt for å få den til å forstå det selv og for å avklare eventuelle misforståelser i kommunikasjon (Eide & Eide 2009: 176-178).

Den neste fasen kalles *reaksjonsfasen*. I motsetning til sjokkfasen, begynner man her å ta innover seg det som har skjedd. Når overgangen til reaksjonsfasen finner sted vil variere og kommer an på hvilken hendelse det er snakk om. For pasienter med alvorlig sykdom kan reaksjonene komme ganske raskt når den endelig klarer å ta innover seg hva som har skjedd, og bekymringer knyttet til døden kan bli ekstra fremtredende i tiden fra pasienten har fått beskjeden til den får behandling. Døden oppleves som en trussel og pasienten kan ikke gjøre

annet enn å vente.

Det viser seg at 20-30 % av pasienter innlagt på somatisk sykehus er preget av emosjonelle problemer. Bekymringer i forhold til døden, uvitenhet i forhold til sykdommen og dens forløp, sinne og sorg er vanlige reaksjoner som møter en alvorlig syk. Dette er gjerne følelser som ikke har fått utløp i sjokkfasen da situasjonen enda ikke er gått opp for den rammede. I møte med sykdommen er ikke tilværelsen lenger forutsigbar. Dette gir den rammede en opplevelse av meningsløshet. Her blir et mål å finne måter å gjenopprette opplevelsen av forutsigbarhet og kontroll over sin egen situasjon (Eide & Eide 2009: 178-181) Tre måter som kan hjelpe den syke tilbake til følelsen av kontroll er: *Instrumentell kontroll*, som kan dreie seg om utfordringer knyttet til pasientens helse, som for eksempel å samtale med pasienten om riktig kosthold for å redusere kvalme når man får cellegiftkurer. Det kan også være å hjelpe pasienten med trening og øvelser for å opprettholde styrken og aktiviteten på et passende nivå. Det viktige må være at pasienten finner det meningsfullt. *Kognitiv kontroll* er den andre form for kontroll som nevnes. Personen har sannsynligvis begrenset kunnskap om prosessen som venter. Informasjon og undervisning kan bidra til at pasienten kjenner seg ivaretatt og sett. Å møte andre i samme situasjon eller at helsepersonell tar seg tid til å prate med pasienten om det som skjer vil være viktig for at pasienten skal føle noe kontroll og oversikt over tilstanden. *Emosjonell kontroll* går ut på at pasienten ofte vil ha behov for endelig å kunne utøse følelser og reaksjoner. Dette kan man vær hjelpelig med ved å lytte til den sørgende og gi rom for at tankene og følelsene kan komme. Det er også viktig at pasienten slapper av og får redusert kroppslige spenninger. Pusteøvelser, å holde vedkommendes hånd eller lett massasje kan virke positivt inn på den anspente kroppen (Eide & Eide 2009: 181-184). En person som er i sorg vil kunne oppleve mange sterke følelser på en gang. Både sinne, protest, irritasjon, depresjon, tretthet, søvnløshet og matleitet er vanlige følelser hos en i sorg. Noen kan ha behov for alenetid og aktivitetsnivået reduseres. Like normalt som å isolere seg og kjenne på en inaktivitet i forhold til hverdagslige gjøremål i sorgen, kan det være en trøst å finne arbeid å gjøre for å slippe å kjenne på sorgen som tærer på. Ved å ha noe å gjøre demper dette fokuset på det vonde og den sørgende får hvile. Men som Danbolt understreker er dette en måte å flykte fra virkeligheten og smertene på, noe som på sikt ikke er heldig for sorgprosessen (Danbolt 1990: 47-48).

*Bearbeidelsesfasen* kalles det tredje stadiet. Dette stadiet handler om å tilpasse seg den nye tilværelsen og bearbeide erfaringene vedkommende har gått igjennom den siste tiden. Spesielt

i forbindelse med at pasienten skrives ut fra sykehuset kan pasienten kjenne på utfordringer. Mange pasienter opplever det trygt å være på sykehuset. Der får man hjelp, og kvalifiserte og kompetente mennesker kan gi en trygghet i det utrygge. Bearbeidelsesfasen er fasen der man gjennom en prosess åpner for de følelsesmessige reaksjonene man gjerne har fortrenget, og sakte men sikkert forsoner seg med den nye virkeligheten. Følelser som sinne, irritasjon og fortvilelse kan komme uprovosert da man i denne fasen befinner seg i en emosjonell labilitet. Denne fasen kjennetegnes ved at man i større grad slipper til det som har vært «ikke-meg» og lar det ubehagelige og det som kan virke truende få plass. Da kan det være nyttig for pasienten med noen som lytter og tillater at utøringen kommer (Eide & Eide 2009: 186-187). Denne åpenheten og bearbeidelsen er viktig for at pasienten skal kunne komme videre i livet. Selv om man fortrenger det vonde, ligger det likevel i underbevisstheten og dette vil prege andre områder av livet, som for eksempel ved at kommunikasjonen til de nærmeste blir urimelig eller ved at man lar sinnet gå utover uskyldige parter (Eide & Eide 2009: 189). Yorick Spiegel belyser også noe av dette som er kommet frem. I boken *The grief process* understreker han betydningen av å utløse sorgen, tillate de vonde, men dypeste følelsene å tiltre. Dette er et utfordrende stadium, men fortsetter den sørgende å stenge ute realiteten og de vonde følelsene er det en viss fare for at sorgen blir undertrykt istedenfor bearbeidet og den kan vise seg i andre former gjennom andre symptomer (Spiegel 1978: 95). Imidlertid viser Hilde Eide og Tom Eide til forskning som tyder på at noe unngåelse av fokuset på det vonde er bra. Dette er en mekanisme som brukes for å mestre hverdagen. Hverdagslige gjøremål får en unik virkning ved at det tar bort noen av de ubehagelige tankene. For kreftpasienter vil det være nyttig å kunne tenke på andre ting enn angsten for å dø, angsten for tilbakefall og den sårbare fasen man er i. Unngåelse i slike situasjoner, som for eksempel gjennom hardt arbeid eller ved å sosialisere seg, vil da bidra til å undertrykke smerten og gjøre pasienten i stand til å leve et bedre liv (Eide & Eide 2009: 191). Det er også et fremtredende element at den sørgende kjenner på dager der sorgen ikke er like intens og det kan virke som bearbeidelsen går bra. Men slike dager blir vanligvis etterfulgt av tilbakefall og nedstemthet igjen (Spiegel 1978: 82).

Den siste fasen som nevnes er *nyorienteringsfasen*. Det vonde som er hendt er nå i mer eller mindre grad bearbeidet. Pasienten er innforstått med situasjonen, og på et eller annet vis klar for å gripe de muligheter som foreligger. Arret vil kanskje bestandig være der, men livet må videre og pasienten er i stand til å fokusere på positive og viktige ting, som gradvis gir livslyst og livskvalitet. Det å gjenfinne mening med livet og å glede seg over hverdagen blir i denne

fasen viktige holdepunkter. Noe av det viktigste hjelperen kan gjøre i denne fasen, er å gjøre det trygt for den andre å åpne seg og å gi rom for at alle følelser kan få komme fram. Da er det større sannsynlighet for at også det ubevisste kommer frem. Det ubevisste er gjerne de mest ekte og usensurerte uttrykkene og følelsene som enten fortrenses eller indirekte ikke tillates, men som vil være viktig å få utløp for i dette prosessarbeidet. Like viktig som det er for hjelperen å legge til rette for en åpen kommunikasjon og at ektehet tillates, er det å vite at ingenting skal presses frem. Pasienten har sin fulle rett til å ikke benytte seg av mulighetene som hjelperen legger frem (Eide & Eide 2009: 192-193).

En sjelesørgers oppgave i møte med alvorlig syke tror jeg handler mye om å gjøre sorg greit. Sorg kan oppleves som et nederlag, en svakhet. Hvem vil bli sett på som svak? Tillater man sorg, tillater man også en usensurert og ærlig side av det å være menneske. I dagens samfunn koster det å slippe sorgen til. Samfunnet krever fasader og helter. Det hører til sjeldenhetene at frontfigurer uttrykker svakhet. Det man ser i dag er utholdenhet og styrke. Sorg er en del av det menneskelige og rammer flestparten av oss på ulike måter før eller siden. Derfor er sorg noe som bør formidles som akseptabelt og nødvendig, og ikke et tegn på svakhet. Sorg kommer vanligvis, som vi har sett, i fire ulike faser. Disse fasene er viktig at den sørgende får være *i* og *gjennom*, for at sorgen en eller annen gang skal kunne avta og ikke bli liggende som en mørk sky over den sørgende. Man kan skru av sorgen noen dager men den vil vanskelig kunne kontrolleres eller leves med dersom den ikke konfronteres og bearbeides. I sorgens forløp finnes ingen snarveier. De fire fasene blir essensielle i bearbeidelsen av sorgen og vesentlig i denne bearbeidelsen blir det å bruke den tiden man trenger på hver av fasene. Sorgfasen trenger *tid*, *plass* og ikke minst *åpenhet*. Dermed er utfordringen gitt til nåværende og fremtidige sjelesørgere som møter såre sjeler der ute.

I forestående kapittel vil jeg se nærmere på kommunikasjonen og effekten kroppsspråket kan ha på det relasjonelle i møtet med en alvorlig syk. Kommunikasjon er formidling, men avhengig av mottakers personlige preferanser, kan formidlingen mottas annerledes enn det tenkte utgangspunktet. Hvordan en alvorlig syk oppfatter kommunikasjon vil som en konsekvens av sykdommen kunne være utsatt for feilslått tolkning av det som er blitt sagt eller gjort. Effekten og utfallet dette kan gi er viktig å vite noe om når man i en sjelesørgersk setting møter en alvorlig syk, derfor vier jeg forestående kapittel til refleksjon rundt denne tematikken.

## 6 Kommunikasjon og relasjon med den alvorlig syk

Mange kjenner seg igjen i usikkerheten og følelsen av utilstrekkelighet når man møter en person som er rammet av en alvorlig sykdom. Ikke mindre utfordrende er det med tanke på de ulike faktorene som kan avgjøre om kommunikasjonen blir god eller ikke. En slik faktor kan være den alvorlig sykes *selvbilde*. Som Tore Kr. Schjølberg understreker kan en kreftdiagnose forårsake varige forandringer i forholdet til vår egen kropp og eget kroppsbilde. Kreft gir dårlige assosiasjoner og personer som får en kreftdiagnose går ofte inn i et modus der de forbereder seg på det verste og lever hverdagen deretter. Fysiske og psykiske endringer følger kreftdiagnosen og kroppens funksjon reduseres i mange tilfeller som følge av disse endringene, som for eksempel endring av vekt og konsentrasjonsevne (Schjølberg 2000: 90-91). Å vite noe om dette som element i det kommunikative i møtet med den alvorlig syke vil være verdifullt i forhold til å kunne opparbeide en tjenlig relasjon mellom den syke og sjelesørger. I følgende vil jeg dermed ta for meg måter å møte en alvorlig syk på i det relasjonelle og kommunikative, med det for øyet at den alvorlig syke kan ha et redusert selvbilde. Vi kommuniserer med alt vi er, derfor vil blick, berøring og ansiktsuttrykk være med på å prege måten vi fremtrer for andre på, noe som kan være avgjørende for i hvor stor grad det gis tillit til sjelesørgeren. Jeg vil derfor se på noen grunnleggende relasjons- og kommunikasjonsperspektiv som er viktig å være seg bevisst i møte med den syke.

### 6.1 Berøring

Det er sjelesørgerens ansvar å gjøre rommet til et komfortabelt sted å være. Sjelesørger skal gi uttrykk for at samtalen befinner seg innenfor trygge rammer. En tydelig fysisk avstand kan bidra til å skape en avslappet og trygg atmosfære. *Berøring* er noe sjelesørgeren bør ha et reflektert forhold til. I noen tilfeller vil berøring oppleves positivt, i andre tilfeller vil berøring være feil. Dette vil avhenge av situasjonen og vil også variere fra person til person.

Undersøkelser blant pasienter viser at enkelte setter stor pris på å bli holdt rundt og tatt på, spesielt når de er svært dårlig. Men for noen kan berøring, særlig hos den alvorlig syke, føles ubekvemt da mange av dem føler forakt for egen kropp og endringene på kroppen som følge av sykdommen. Berøring kan ha flere betydninger. Ved berøring kan man signalisere omsorg, empati, trøst og støtte, enten ved en klem eller en hånd på skulderen. Berøring kan også gi uttrykk for at en ønsker å innlede en samtale og at man holder fokus og oppmerksomheten på den syke under samtalen (Eide & Eide 2009: 210). Brukes berøring på denne måten kan den

virke positivt inn på den syke og samtalen. Den syke blir verdsatt og vist omsorg, noe som kan bidra til at samtalerommet kjennes tillitsfullt og får et utilslørt innhold.

Berøring kan også misbrukes ved at man overtramper den andres komfortsone. Skamfølelse og sjenanse knyttet til egen kropp i møte med alvorlig syke kan gjøre berøring ekstra sårbart. Misbruk av berøring kan også oppleves i form av makt. Å berøre et annet menneske kan være en måte å stille seg i en ovenfra og ned-posisjon. Den som berører er den sterke noe som stiller den andre i en svakere posisjon (Eide & Eide 2009: 211). Berøring er som belyst ingen nøytral handling. Skal man bruke berøring i en sjelesørgerisk kontekst er det avgjørende at sjelesørger vet hvilke betydninger berøring kan ha og når berøring ikke er ønsket. For noen oppleves berøring som en berikelse for kontakten, for andre kan berøring medføre uro og ubehag. Hensyn for å unngå ubehag og overtramp i den andres liv må sjelesørger overholde.

## **6.2 Ansiktsuttrykk**

Et ansiktsuttrykk uttrykker mer enn man kanskje mener å uttrykke, dermed kan ansiktsuttrykk bli offer for feiltolkninger og misoppfatninger, som igjen fører til mistillit og usikkerhet i relasjonen. Eide skriver i forbindelse med kommunikasjon at man søker etter tegn på bekræftelse eller avvisning. Og mange forventer at det er det siste som vil møte dem, enten basert på tidligere erfaringer eller en ny og omveltende situasjon i livet deres (Eide & Eide 2009: 203). Smil og hevede øyenbryn kan, ut fra det som kommer frem her, bli feilkommunisert. Spesielt misforstått kan et ansiktsuttrykk bli kommunisert overfor personer med feil oppfatning av seg selv og man tillegger andre de samme tankene som man selv møter seg selv med, som hos mange alvorlig syke ofte er destruktive tanker.

Det vil i møte med en alvorlig syk være viktig at man er oppmerksom på og kjenner sin egen måte å kommunisere ikke-verbalt på. Et smil er ikke bare et smil, et blick er ikke bare et blick. Det er mottakeren som bestemmer og tolker blikket, det er mottakeren som tillegger smilet mening. Klarer man som sjelesørger å bruke blikket og smilet, som Eide skriver, til å formidle vennlighet og vise en positiv innstilling vil dette kunne være med på å gjøre rommet og relasjonen fortrolig. I motsatt fall kan samtalen bli vanskelig og til hinder for en åpen og god dialog (Eide & Eide 2009: 205).

### **6.3 Blikk og øyekontakt**

Jeg har vært inne på hvordan et blikk og ansiktsuttrykk kan åpne for flere tolkninger avhengig av tidligere erfaringer eller nåværende livssituasjon. Akkurat som med et blikk kan øyekontakt føles truende eller gi usikkerhet. Et vesentlig moment i denne sammenheng trekker Neville A. Kirkwood frem. Det er viktig at den alvorlig syke føler at den er ønsket og får en opplevelse av å være i sentrum. Ved å holde blikket festet på den alvorlig syke indikeres det at den alvorlig syke er det viktige og ingenting rundt er mer interessant (Kirkwood 1995: 37-38). Som sjelesørger gjelder det å finne ut hvordan blikket skal brukes for at øyekontakten skal oppleves varm og hjertelig. Et blikk sier mye om en person og hvor tilstedeværende en person er. Eide understreker at blikket er en av de viktigste ikke-verbale kanalene og sier noe om både en relasjon og personlige kvaliteter. Å ikke rette blikket mot personen man snakker til vil sette personen i en usikker situasjon og personen vil kunne føle seg lite betydningsfull (Eide & Eide 2009: 206). Et blikk er virkningsfullt på godt og vondt. Vondt dersom man bruker det til å overse den andre, godt dersom man bruker det til å vise overfor personen at man ser den og er luttet øre. Det gjelder for sjelesørger å være klar over virkningen et blikk og øyekontakt kan gi. Eide presiserer imidlertid at øyekontakt kan fremme relasjonen, men overdriver man denne øyekontakten kan den andre få følelsen av å bli gransket, overvåket og vurdert (Eide & Eide 2009: 206).

### **6.4 Kroppsspråk**

Vi kommuniserer med hele oss. Kroppsspråket avslører mye om vår oppfatning av noe. Vi kan ha formidlet mye bare ved blikk og kroppsholdninger. Står man med hendene krysset kan man tolke det som at man enten er innesluttet eller lite interessert i å delta i relasjonen. Uttrykker en sjelesørger slike holdninger vil det være vanskelig for den søkende å føle seg velkommen, og praten vil begrenses til et visst nivå. Eide poengterer at kroppsbevegelser kan være bra så lenge det er relatert til samtalen. Kroppslig ro, et lite nikk og en liten håndbevegelse kan signalisere at sjelesørger er lyttende og interessert i det som blir sagt. Brå bevegelser, stramme skuldre og flakkende blikk kan derimot signalisere stress og utilpasshet, noe som lett kan smitte over på konfidenten. Rolige bevegelser og en avslappet holdning fra sjelesørger sin side vil bidra til at konfidenten i større grad føler seg tilpass og opplever at sjelesørger er interessert (Eide & Eide 2009: 208-209).



## 6.5 Stemmebruk

Toneleiet har også sin funksjon. Måten man bruker stemmen på gir en pekepinn på hva slags form en ønsker at samtalen skal ta, enten det er en munter, uformell og lystig tone eller en formell, kort og alvorlig. De fleste kan være enig i at en munter og uformell tone gjør atmosfæren og relasjonen mer avslappet. Men det er ikke alltid at den muntre tonen passer seg når det snakkes om alvorlige temaer. Dersom man bare behersker de uformelle og muntre samtalerne skal det noe til at sjelesørger oppnår tillit og det kan være vanskelig for en med alvorlige utfordringer å åpne seg for vedkommende. Å være sjelesørger er å vite når og hvordan de ulike toneleiene passer seg. Som Kirkwood uttrykker det bør stemmebruken holdes på et varmt, naturlig toneleie, og holde seg på et bedagelig tempo. Å snakke for fort regnes som å være en uting og språket bør være flytende, fremfor at man er tom for ord. Et annet fremtredende element i den ikke-verbale kommunikasjonen i møte med den alvorlig syke er å uttrykke forståelse og empati ved å tillate seg lyder som *hmm*, *mhm*, *aha*, etc. Det oppleves ofte positivt at sjelesørger noen ganger bryter inn i samtalen for å avklare og reflektere over det som sies (Kirkwood 1995: 37-38). Som Eide presiserer vil følelsene påvirke klangen i stemmen. Dersom man er preget av angst eller uro vil munn og nese trekkes sammen slik at lyden blir lukket og nasal. Motsatt vil behagelige følelser gi en mer åpen klang. Dersom man merker at man er ansent kan det være lurt å bruke litt tid på å roe seg ned for at stemmebruken skal bli mer komfortabel og varm å høre på (Eide & Eide 2009: 209).

For samtalen og roen sin del er det en fordel at sjelesørger er klar over hvordan stemmebruken kan virke inn på atmosfæren. Samme setning kan tas imot på ulike måter, avhengig av stemmebruken. Dette gjelder også i forhold til toneleiet og språket: uttrykker sjelesørger et kaldt, monotont og distansert språk kan det oppleves ubehagelig for den alvorlig syke. Også ved å snakke altfor fort eller altfor mykt, eller ved å si «*ja, ja*» når det skal være «*nei*» i det kommunikative vil gjøre den sjelesørgeriske samtalen mindre optimal (Kirkwood 1995: 37-38).

## 6.6 Stillhet og lytting

I en dialog jeg hadde med en menighetsdiakon ble jeg minnet på et viktig aspekt ved samtalen: samtalen handler ikke bare om å snakke men også om å lytte. Ved å være selvsentrert og mest opptatt av å høre sin egen stemme og egne meninger, mister man mye av den andre personen. I en relasjon mellom sjelesørger og konfident vil det være naturlig at

sjelesørgeren setter rammen for relasjonen. Det som foregår i relasjonen dem imellom er først og fremst sjelesørger sitt ansvar. Men det betyr ikke at sjelesørger må gripe inn hver gang det blir stille. Mange føler det ubekvent når samtalen blir til stillhet. Som sjelesørger vil man føle ekstra ansvar for at det ikke skal oppstå ubehagelige følelser, som stillhet kan gi, og det frister kanskje å bryte inn i stillheten. Kunsten er å se på stillheten som et middel ikke som en trussel mot sjelesørgerens profesjonalitet eller rolle. Som Kirkwood understreker: dersom stillheten får mulighet til å ta plass i rommet, kan den brukes som et middel for refleksjon, og betydningsfulle ord og følelser kan lettere tre frem (Kirkwood 1995: 37-38). Og som Eide understreker kan stillheten brukes som en invitasjon til den andre om å dele mer av sitt liv og sine følelser (Eide & Eide 2009: 216). Ved at sjelesørger lar stillheten få sin plass indikerer man at han eller hun er lydhør og opptatt av den andre. Det indikerer også at sjelesørger har tid, man trenger ikke utnytte hvert sekund på ord, man tid til å reflektere og å samle tankene i det stille. Men som Eide også fremhever er denne stillheten beroligende først og fremst i kombinasjon med et hensynsfullt blikk og noen bekreftende nikk, ellers kan stillheten i verste fall føles provoserende (Eide & Eide 2009: 216).

Det er en sammenheng mellom hvor mye man lytter og i hvor stor grad man blir kjent med personen. Evnen til å *lytte* er en nødvendig egenskap som sjelesørger. Det er derfor nesten umulig å få med seg den andres behov dersom en overkjører den andre part med egen snakking.

Momentene jeg nå har vært inne på, tenker jeg er både viktig og relevant å ha et bevisst forhold til når man i en sjelesørgerisk kontekst er i samtale med en alvorlig syk. Det å vite noe om hva et blikk, et hevet øyebryn eller et toneleie kan bety er essensielt i møte med potensielt skjøre liv. Skjøre liv er mer utsatt for negativ tolkning av kroppsspråk og derfor er det viktig for sjelesørger å ha et bevisst forhold rundt de ulike tolkningene forskjellige uttrykk kan gi. Det jeg tror jeg formidler når jeg smiler er ikke nødvendigvis det jeg kommuniserer. Jeg kan mene å smile for å vise at jeg setter pris på en person, men den syke personen kan oppfatte dette som et nedlatende smil. Man søker etter noe ved personen som kan gi en indikasjon på i hvor stor grad man er ønsket eller ikke. Klarer sjelesørger med sitt kroppsspråk å signalisere at «jeg er her for deg, jeg har tid for deg og er interessert i det *du* har å si» så er inngangen til en tillitsfull relasjon i stor grad satt.

## 7 Kristen og alvorlig syk

En sjelesørgerrolle innebærer å kunne mestre å samtale om de utfordrende temaene og om omveltningene som infiltrerer hverdagen. En alvorlig syk vil kunne være et utfordrende menneske å ha i sjelesorgsamtale, nettopp på grunn av den alvorlige sykdommen. En sjelesørger har ikke svarene på alle *hvorfor-* og *hvordan* spørsmålene en alvorlig syk måtte ha. Derfor er det ekstra viktig som sjelesørger å vite noe om hvordan man alternativt kan møte den alvorlig syke i den sjelesørgeriske samtale uten å flykte fra de vanskelige spørsmålene. En person som blir alvorlig syk kan oppleve at livet går fra meningsfullt til meningsløst og Gud blir en naturlig syndebukk. Dette er det essensielt at sjelesørger har noen reflekterte tanker rundt, slik at en kan møte den alvorlig syke der den er i sin fortvilelse. Dermed er jeg i følgende interessert i å se på forholdet mellom et kristent livssyn og en alvorlig syk og i hvilken grad et kristent livssyn virker inn på livet til den alvorlige syke. Deretter ser jeg på hva den kristne teologi selv sier om lidelse. Men først kan det være essensielt å ha klart for seg hva som menes med begrepet *livssyn*.

### 7.1 Livssyn

Per M. Aadnanes beskriver livssyn som et *kognitivt* fenomen, altså bevisste tanker og ideer som utgjør oppfatninger og meninger angående fundamentale spørsmål rundt menneskelivet og tilværelsen (Aadnanes 2012: 13). I følge Bergem, er et relevant spørsmål i denne sammenheng om det er slik at hver eneste tanke eller oppfatning reflektert rundt de «store» spørsmålene kan kalles livssyn eller er det andre kriterier som skal til? Bergem snevrer livssynsbegrepet inn noe ved å kategorisk plassere begrepet innenfor rammen av tre elementer. Det første elementet i forståelsen av hva et livssyn er dreier seg om «virkelighetsforståelsen». Dette har å gjøre med oppfatningen av hva som er virkelig, hva som har eksistens og som mennesket derfor må forholde seg til. Det dreier seg også om den betraktningmåten mennesket har i sin tolkning av sitt eget og andres liv. Den andre faktoren som spiller inn er forståelsen av mennesket. Hvem eller hva er mennesket, i forhold til seg selv og andre og det øvrige skaperverket? Hva er et menneske verd, og ut fra hvilken målestokk måles menneskets verdi? Den siste komponenten Bergem tilfører begrepet *livssyn* er det moralske. Gir det i det hele tatt mening å ha en moralsk tilnærming til virkeligheten? Ut fra hvilken målestokk gir det i så fall mening, ut fra egen tilfredsstillelse eller ut fra andre arenaer? Dersom verdier er irrelevante, hvilken målestokk brukes for å vurdere rett og galt?

(Bergem 1998: 83-84). Spørsmål og refleksjoner knytta til de store spørsmålene former i stor grad livssynet. Livssynet bidrar til en helhet og gir mennesket en plass i tilværelsen. Å «tilhøre» et livssyn kan føles identitetsskapende.

## **7.2 Hva har et kristent livssyn å si i livet til en alvorlig syk?**

Mennesker som opplever å bli alvorlig syk blir konfrontert med en ny og ofte sårbar virkelighet. Den nye virkeligheten beveger flere sider av livet og trosperspektivet er et av de områdene mange forholder seg til på ulike måter i den nye virkeligheten. Som Okkenhaug poengterer, basert på en undersøkelse gjort av Pargament (1997), viser det seg at kristne mennesker i større grad hadde bedre hjelp av troen når de måtte takle sykdom og død enn konflikter på arbeidsplassen, skilsmisser eller interpersonelle konflikter (Okkehaug 2002: 147). Det kan altså tyde på at en kristen tro har en eller annen form for håpsdimensjon i livet til en alvorlig syk. I boken *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice* frembringer Kenneth I. Pargament et interessant perspektiv på hvorfor mange lener seg til religion i vanskelige tider. Når man har det vanskelig og ikke ser det meningsfulle i livet, og innser at man ikke makter noe i seg selv, trenger man å vite at der likevel er mening og stabilitet, noe håndfast – en allmektig Gud **over** den menneskelige tilkortheten. Mye av forankringen rundt, som verdier og oppfatninger, kan i en sårbar fase oppleves som forgjengelige. Fundamentet og stabiliteten man har basert hverdagen på rakner, og meningsløsheten trer frem. Da vil noen oppleve det trygt å vende seg til et livssyn og til en Gud der man finner grunnleggende svar på mange av livets spørsmål, og denne opplevelsen av å tilhøre noe stabilt og håndfast gir den syke kraft og mot til å leve med tilværelsen som syk (Pargament 1997: 238-239).

Mennesket i en sårbar fase av livet oppdager hvor lite det egentlig er og gir seg hen til det de opplever som større og mer stabilt enn sin skjøre situasjon. Okkenhaug poengterer at en viktig del av det å være sjelesørger må være å hjelpe den motløse til å fokusere på det livfulle. Uten å virke bagatelliserende overfor den syke kan sjelesørger ved hjelp av ordet i Bibelen løfte dimensjonene til nye høyder – livet er mer enn bare ondskap, og når det vonde først rammer, er Bibelen full av eksempler på en Gud som bryr seg og involverer seg i livene til de som lider (Okkenhaug 2002: 231). Men like fullt som troen kan oppleves oppløftende og trygg for noen, kan den oppleves paradoksal og provoserende på andre. Som Anna Dalaker understreker opplever mennesker i en vanskelig situasjon at Gud er borte når de trenger han som mest. De føler seg sveket og glemt av Gud (Dalaker 2012: 28). Daniel J. Louw presiserer også dette

poenget i boken *Illness as crisis an challenge. Guidelines for pastoral care*. Den kristne tro oppleves ikke forenelig med at sykdommen har fått ramme. Troen fylles opp av kritiske spørsmål knyttet til Gud og hans godhet og allmakt, fremfor en opplevelse av hvile og trygghet (Louw 1994: 36). Det er dermed viktig som sjelesørger å være bevisst på at en alvorlig syk vil kunne kjenne på ulike tanker i forhold til enten den allerede eksisterende tro, eller den eventuelt kommende tro. Sinne og frustrasjon overfor Gudstanken kan melde seg, men det kan behovet for å knytte seg til Gud også. Dalaker presiserer at *håp* er sterkest når man befinner seg i utsatte situasjoner. Håpet indikerer en tillit til livet og fremtiden og vitner om en vei som går fra mørket til lys (Dalaker 2012: 138-139).

### 7.3 Bibelens syn på lidelse

Man kan stille seg spørrende til en allmektig og god Gud når hverdagen for mange oppleves uutholdelig. En alvorlig syk kan oppleve at budskapet om en kjærlig og god Gud er misvisende i møte med deres liv. Å ha kjennskap til noen perspektiver som litteraturen presenterer i forbindelse med Gud og lidelser kan være nyttig å ta med seg i møte med en alvorlig syk.

Gud har aldri lovet at smerte og lidelser aldri skal inntreffe. Som Okkenhaug uttrykker kan troen aldri bli «metode» for å hindre ulykker. Evangeliets poeng er ikke «lykke» som vesten gjerne forbinder med materielle goder. Den form for lykke har gjennom historien vist seg lite slitesterk og den har gitt ensomhet og meningstomhet mellom oss (Okkenhaug 2002: 192). Men hvordan kan jeg som sjelesørger møte et menneske med en alvorlig sykdom som sliter med å finne ut av hvorfor lidelse tillates av Gud? Det finnes, som Okkenhaug også understreker, ikke noen enkel teologisk formel på lidelsens spørsmål som vil gi mening til den som lider. Det man imidlertid kan merke seg er at ingen lidelse er verken for liten eller for stor til at Gud bryr seg. Israelsfolket som Bibelen forteller om er eksempel på et helt folk som lider og lever i håpløshet, og en Gud som redder og frelser (Okkenhaug 2002: 190). Man har ikke fasitsvar på hvorfor lidelse får ramme. Bibelen er full av eksempler på at lidelse forekommer men at Gud da er med de lidende. Det jeg da stiller spørsmålstegn ved er hvor vidt den kristne forkynnelse er representativ eller ei? Formidler man et budskap der det ikke åpnes for at lidelse er en del av virkeligheten? Unngår man å tale om lidelser og utfordringer, og forkynner bare kjærlighet og glede? Er dette noe av grunnen til at den kristne tro og en alvorlig sykdom ikke sammenfaller?

## 8 Sjelesørgeren

Professor Leif Gunnar Engedal presenterer i *Tidsskrift for sjelesorg* nr. 2 fra 2004 fem ulike momenter han mener er elementære i utøvelsen og forberedelsen av en sjelesørgerisk praksis. En sjelesørgerrolle innbefatter mye kompleksitet på ulikt plan, alt fra det relasjonelle til det tematiske i samtalen. Sjelesørgerrollen er ikke ment å være enkel. Det *kan* den heller ikke være da den møter alt annet enn enkle omstendigheter. En sjelesørger må være klar *før* han eller hun trer inn i rollen som sjelesørger. Som sjelesørger tar man ikke rollen på sparket, det er historiene og livene der ute for viktige til at man kan gjøre. Sjelesørger må se på seg selv, sin kompetanse og sin praksis, og hele tiden reflektere over dette i forhold til konfidenten og i hvor stor grad sjelesørger mestrer å møte konfidentens behov i utøvelsen av sjelesorgen.

De fem momentene som Engedal presenterer i forhold til sjelesørgerens rolle og praksis gjør seg således svært gjeldende i denne sammenheng, og belyses i følgende rekkefølge: Personkompetanse, kommunikativ kompetanse, hermeneutisk kompetanse, teoretisk kompetanse og åndelig kompetanse. Perspektivene er hentet fra Ziemer, men innholdsmessig består momentene av innsikt og opplevelser knyttet til Engedals egne erfaringer.

*Personkompetanse:* I dette ligger det at sjelesørger evner å tenke kritisk til sitt eget selv. Selvinnsikt og evnen til introspeksjon blir viktige begreper for sjelesørger å ta innover seg. Og stadig nå nye modenhetshøyder, både kompetansemessig og som person, vil være viktige egenskaper hos en sjelesørger. Å kjenne seg selv, sitt eget følelsesliv og reaksjonsmønster er egenskaper som er særlig viktig for en sjelesørger å ha et bevisst forhold til. Det trekkes frem syv punkter i en liste som er utviklet innen pastoralteologisk refleksjon og forskning i forhold til kriterier på modenhet. Disse syv punktene er som følger: 1. Realitetsorientering; 2. Langsiktig tenkemåte; 3. Voksen samvittighet; 4. Evne til uavhengighet; 5. Evne til avhengighet; 6. Evne til å elske; 7. Evne til å akseptere seg selv. Fem nye punkter fra en annen tilsvarende liste kan legges til: 8. Medmenneskelig omsorg; 9. Følelsemessig modenhet; 10. Vilje og evne til å ta imot rettledning; 11. Generøsitet; 12. Evne til relasjonsbygging. Hensikten her er ikke at man skal beherske alle punktene optimalt samtidig til enhver tid. Tanken er at man skal ha noe å strekke seg etter, noe å modnes og vokse på, og å reflektere på i sin sjelesørgeriske praksis (Engedal 2004: 86-87).

*Kommunikativ kompetanse:* Det kan aldri poengteres mange nok ganger viktigheten av å være

bevisst egen måte å møte den andre på. Mye av samspillet sjelesørger og konfident imellom avhenger av sjelesørger. Dersom sjelesørger evner å møte den andre på en åpen og troverdig måte, vil dette kunne bidra til at kommunikasjonen mellom sjelesørger og konfident blir avslappet og ærlig. Like viktig er det å sette fokus på å gjøre seg tilgjengelig for den andre for eksempel som nevnt ved å lytte. Da vier man den andre respekt og verdighet og forhåpentligvis vil konfidenten få en følelse av å være midtpunktet. Det vil også være verdifullt som sjelesørger å utvikle kompetanse på *relasjonsdynamikk*. Dette innebærer å kjenne til de sammensatte følelsesmessige prosesser som oppstår i møtet mellom sjelesørger og konfident. I tilfeller der sjelesørger går inn i mer langvarige prosesser med konfidentene er det en stor fordel at sjelesørger vet hva det er snakk om, og vet av erfaring hvordan det kjennes å være i slike følelsesmessige reaksjoner. Grunnet manglende kompetansen i relasjonsdynamikk har altfor mange sjelesørgere havnet i destruktive følelsesmessige bindinger og/eller grenseoverskridende atferd i forhold til konfidenter, noe som naturligvis er usunt både for sjelesørger og konfident (Engedal 2004: 89-90).

*Hermeneutisk kompetanse:* Oppmerksomheten her rettes mot den fortolkende innlevelse i den andres virkelighet. «Hermeneutikk» i denne sammenheng handler om å *møte og fortolke og å forstå*. For at samspillet i relasjonen mellom sjelesørger og konfident skal virke optimalt er det essensielt at sjelesørger møter konfidenten *i sin egenart*, som dermed *blir synlig som seg selv* i dette møtet med sjelesørger. En sjelesørger må ha evne til å legge vekk seg selv, sine fordommer og antagelser, slik at den andres ekte *jeg* kommer til syne. Først da merker man den andres unikhhet, og at hver og en er bærer av et mysterium som unndrar seg vår forståelse. Hermeneutisk kompetanse handler om å balansere evnen til innlevelse og empati, og å innfinne seg med at man også her bare kan forstå stykkevis. Å reflektere over det spenningsfylte ved det å veksle mellom nærhet/innlevelse og distanse/refleksjon er også en essensiell del ved den hermeneutiske kompetansen. Man trer inn i relasjoner men man skal også tre ut av relasjoner, et aspekt ved sjelesorgen som er viktig å reflektere rundt.

*Teoretisk kompetanse:* Like viktig som personlige egenskaper i en sjelesørgerisk kontekst er det med en faglig tilegnelse. Det ene kompenserer ikke for det andre. I arbeidet med mennesker, spesielt i forbindelse med sjelesorg, er det viktig at man kan evner å være kritisk til egen praksis. Derfor vil teoretisk kompetanse, enten det er perspektiver hentet fra teologien eller psykologien, være matnyttig når en skal prøve praksisen opp mot solid og grunnfestet teori. Å mestre bare det teoretisk innholdsmessige i en sjelesørgerisk kontekst vil legge lokk

på en trygg og varm relasjon i sjelesorgrommet. Det samme kan mangel på teoretisk kompetanse gjøre. Har man ingen kjennskap til Bibelens innhold eller viktige psykologiske aspekter i en sjelesørgerisk kontekst, vil dette sjeldent bli en komplett sjelesorgsamtale (Engedal 2004: 91-92).

*Åndelig kompetanse:* Som Engedal også bemerker kan begrepet «åndelig kompetanse» gi noen feilslåtte tolkninger. Åndelig kompetanse i denne sammenhengen dreier seg først og fremst om sjelesørgeren selv og dens forhold til Gud slik det erfares, fortolkes og praktiseres i sjelesørgerens eget liv. Sjelesørgeren må kjenne sin egen troshistorie og ha et språk for sitt eget åndelige liv dersom den skal ha kapasitet til å hjelpe andre i møte med trosrelaterte forhold (Engedal 2004: 93). Det er samtidig viktig å nevne at man må bruke språket med måte. Okkenhaug har et poeng når hun peker på språkets mulige virkning. Dersom en sjelesørger bruker for mange teologiske ord og termer i samtalen vil sannsynligvis mange konfidenter ha problemer med å følge med. Dessuten kan ord og uttrykk stenge for følelser og opplevelser. Blir det altfor teknisk kan det føre til at det følelsesmessige og relasjonelle ikke naturlig får den plassen den kan trenge (Okkenhaug 2002: 66). Men det åndelige aspektet og det å naturlig kunne samtale om de åndelige dimensjonene er altså viktige faktorer hos sjelesørger. Evner ikke sjelesørger å bruke åndelige ord, sette de i sammenheng med livet og bruke de som reflekterende verktøy i sjelesorgen vil det svekke en del av en troverdig sjelesørgerisk kompetanse. Dersom sjelesørger ikke er vant til å bruke åndelige ord fra eget liv vil han eller hun vanskelig kunne klare å samtale om disse tingene på en naturlig måte i en sjelesørgerisk kontekst. Ikke bare er det åndelige språket nyttig i møte med beskrivelser av gode, positive dager. Men de er også nyttig når man skal møte de såre og vanskelige situasjonene. I kriser kan det være nyttig å være fortrolig med at det er greit å vise Gud en tvilende side av seg selv. Møter sjelesørger en konfident som viser Gud sin tvil og sjelesørger ikke har reflektert over denne dimensjonen kan det oppstå utfordrende minutter (Engedal 2004: 93-94).

Slik det kommer frem her ser man altså at en sjelesørger aldri er ferdig utlært. Man kan være en god sjelesørger og ha et godt utgangspunkt både åndelig, faglig og personlig. Men man er likevel alltid underveis og i en prosess mot en stadig modning. Gode refleksjonsevner er en forutsetning på denne veien mot et stadig modnere nivå. Derfor er det også viktig å oppdatere seg på det sjelesørgeriske feltet, teoretisk så vel som praktisk. At sjelesørger selv går til veileder kan bidra til økt bevissthet rundt egen sjelesorgpraksis og kan bidra til at man får et



bedre språk i møte med konfidenter og på en bedre måte kan møte andres historier. I tillegg får man en pekepinn på om ens egen sjelesorgpraksis foregår under moralske og rette rammer. God sjelesorg forutsetter personlige, åndelige og teoretiske refleksjoner. Og selv om man kan øves i å bli en bedre og mer kompetent sjelesørger er det viktig å ha i bakhodet, som Engedal også presiserer, at sjelesørgere er forskjellige og praksisen av sjelesorg varierer på samme måte som konfidentene og situasjonene er ulike. Dette krever også mer av sjelesørger i forhold til å møte den enkelte konfidents behov, noe jeg nå vil belyse nærmere i drøftingsdelen.

## 9 Del III. Drøfting

### 9.1 Innledning

Det jeg søker å finne svar på i denne avhandlingen er: *Hvilke utfordringer og muligheter kan jeg som diakon møte i den sjelesørgeriske samtale med en alvorlig syk?* Et menneskeliv er unikt så vel som komplekst, og enda mer omfattende tenderer det å bli når man møter uforutsette hendelser som en alvorlig sykdom. Av en sjelesørger i møte med den syke kreves det innsikt og kompetanse og noen refleksjoner rundt denne bruken av kompetansen. Som jeg var inne på i del 2, fører sykdommen med seg ulike behov, som videre krever alternative måter å møte den syke på. Denne tematikken vil jeg drøfte og behandle nærmere i dette kapitlet ved å ta for meg de tre sjelesorgretningene: kerygmatiske, konfidentsentrerte og kirkelig orienterte tros -og livshjelp-, inn i drøftingen om hvordan og i hvilken grad de ulike aspektene treffer den alvorlig syke.

Jeg stiller da spørsmålet: «Hvilke styrker og svakheter i sjelesorgretningene *kerygmatiske, konfidentsentrerte og kirkelig orienterte tros -og livshjelp-* sjelesorg bør en diakon være oppmerksom på i samtale med en alvorlig syk?»

### 9.2 Kerygmatiske sjelesorg

Som det fremgår av teksten er en av sjelesørgerens utfordringer i samtale med en alvorlig syk å treffe vedkommende der behovet er størst. Å gå inn i en rolle som sjelesørger uten en reflektert holdning rundt dette aspektet kan redusere relasjonen og utfallet av samholdet betraktelig. Hva en alvorlig syk har behov for i en sjelesørgerisk samtale kan man i mer eller mindre grad forholde seg til ved å se på erfaringer og kunnskap formidlet til oss gjennom

litteraturen. En kerygmatiske sentrert sjelesorg vil i stor grad preges av et stort fokus på det forkynnende utgangspunktet. Dette, som Grevbo understreker, blir nærmest en forkynnende sjelesorg der sjelesørger er opptatt av å fremme evangeliets hovedanliggende – at menneskene er skapt i Guds bilde og trenger Kristi tilgivelse og frelse (Grevbo 2006: 308). John Patton opererer i boken *Pastoral care in context, an introduction to pastoral care* med et begrep som kan minne om kerygmatiske sentrert sjelesorg. Det sentrale i dette begrepet, *the classical paradigm*, er at Gud omsorgsfullt skaper mennesker for å kunne ha en relasjon til dem, og at han fortsatt ser til dem og husker på dem. Utgangspunktet i den pastorale rollen er altså forkynnelse, Ordet er det sentrale i enhver relasjon (Patton 1993: 5-6). En relasjon med fokus på Guds ord i seg selv et godt utgangspunkt. Det er faktisk ikke en selvfølge at Guds ord er sentrum innenfor de i utgangspunktet kristne arenaene, derfor er det fint med en agenda der Ordet på mange måter er det sentrale. Okkenhaug understreker at kerygmatiske sjelesorg legger vekt på å være formanende og oppdragende, og at sjelesørger skal ta tydelig ledelse i samtalen (Okkenhaug 2002: 24). Tydelig lederskap er også i og for seg noe som trengs i en rolle som sjelesørger. En sjelesørger som mangler evne til å ta sin rolle som leder i sjelesørger-konfident-relasjonen kan være vanskelig å ha tillit til. I rollen som sjelesørger er det knyttet visse forventninger, der i blant forventinger om lederansvar som bare sjelesørgeren kan fylle. I *Tidskrift for Sjelesorg* nr. 2/2004 hevder Leif Gunnar Engedal at det viktigste redskapet sjelesørgeren har i møte med konfidenten er sin egen person. Hvem man er som person vil også gi utslag for hvor godt vedkommende fungerer i en lederposisjon. Det vil være avgjørende å sikte mot en større personlig modenhet og hele tiden reflektere over rollen som leder (Engedal 2004: 84). At man i egen person som sjelesørger er det viktigste redskapet i møte med den andre, krever at man behersker å tenke selvkritisk og målrettet. I en kerygmatiske sentrert sjelesorg der sjelesørger er den som leder samhandlingen vil det være viktig å vite hva som ligger i ens person og hvordan dette kan brukes for ikke å misbruke lederansvaret.

Som belyst er det både vel og bra med tydelige lederroller som tør vektlegge Guds ord og forkynnelse inn i relasjonen og den sjelesørgeriske sammenheng. Men med et såpass evangelisk rettet fokus, kan ikke faren være at man mister noe av det som er sakens kjerne, nemlig behovet den alvorlig syke har? Mye fokus på Guds Ord i en kontakt der andre viktige elementer kanskje ikke slippes til kan virke ufordelaktig både på relasjonen og den alvorlig sykes personlige liv. Kanskje befinner den alvorlig syke seg i en sårbar posisjon i forhold til både troen og sykdommen. En del ganger, særlig i vanskelige tider, kan tro og snakk om Gud

på en formanende måte som i den kerygmatiske sjelesorgen virke mer provoserende enn oppløftende. Noen kan streve med å forstå Gud og Hans vesen når man blir rammet av sykdom og opplever troen som en utfordrende del av tilværelsen. Da kan kerygmatiske sentrerte sjelesorg kjennes påtrengende og truende. Daniel J. Louw presiserer nettopp dette poenget når han i boken *Illness as crisis an challenge. Guidelines for pastoral care* slår fast at sykdommen kan komme i konflikt med den religiøse overbevisningen – i dette tilfellet den kristne tro. Troen endrer seg fra å være en trygg og grunnfestet gudstro til et lass av kritiske spørsmål rundt Guds godhet og allmakt (Louw 1994: 36). Det vil kunne oppleves noe konfliktfullt for en kristen å bli rammet av en alvorlig sykdom da dette kolliderer med bildet mange har av Gud som god og kjærlig. Gud klandres for sykdommen og kombinasjonen alvorlig syk og kristen kan bli problematisk. Sykdommen oppleves for mange som en krise, noe som skjer utenfor vår kontroll. Derfor kan det å bli syk for en kristen oppleves som Guds vilje og, som Louw presiserer, man kan få en følelse av Gud er som en tyrann (Louw 1994: 52).

Tar man høyde for at alvorlig syke kan oppleve det utfordrende å forholde seg til troen som en gang var trygg og solid i en sjelesørgerisk kontekst, blir det problematisk å la fokuset sentrere seg rundt Ordet. Ukritisk bruk av forkynnelse kan forverre situasjonen. Jeg vil tro det er sårbart når troen som har vist seg slitesterk gjennom hele livet plutselig får en annen posisjon i hverdagen. Det kan være en sår og forvirrende opplevelse når troen ikke lenger er det den var, dermed kan en forkynnende sjelesorg oppleves vond. En annen viktig betraktning i forhold til den kerygmatiske sentrerte sjelesorgen er at den alvorlig syke kan føle det overveldende i den forstand at det blir mye stort å forholde seg til på en gang. Skal den alvorlig syke forholde seg til begreper som *nåde*, *frelse* og tanker som *er jeg god nok?* i en allerede kaotisk tilværelse, kan det bli mye for den syke å bære, særlig hvis den i tillegg har et anstrengt forhold til troen. En alvorlig syk vil i mer eller mindre grad merke endringer på selvbildet (Eide & Eide 2009: 203), og når selvbildet som en konsekvens av sykdommen er redusert, vil det kunne kjennes ekstra strevsomt å skulle håndtere tanker rundt teologiske ord og begrepet *nåde* kan fort bli til *egne prestasjoner*.

En kerygmatiske sentrerte sjelesorg kan, slik det kommer frem her, stå i fare for å gjøre relasjonen mellom sjelesørgeren og den alvorlig syke noe uheldig. I tillegg er det heller ikke usannsynlig, dersom man bruker denne sjelesorgretningen ukritisk, at dette kan bli en noe teknisk form for samhandling, slik Okkenhaug er inne på (Okkenhaug 2002: 66). Man bruker mange teologiske ord og kan alltid knytte samtalen og følelsene til det åndelige, fremfor å

bruke de *ekte* følelsene til å uttrykke det som skjer. Kanskje er det en viss fare også for at sjelesørger «skjuler» seg bak det tekniske og det åndelige. Å bruke mange teologiske ord kan være enklere enn å la ekte følelser slippe til, særlig dersom dette temaet er ubearbeidet av sjelesørger og sjelesørger sliter med egen redsel for eget liv og død.

Et annet vesentlig perspektiv finner vi hos Stephen Pattison i boken *A critique of pastoral care*. Her skrives det om bruk av Bibelen og hvor uheldig det er å bruke bibelvers ut av sin sammenheng. Bibelvers er ofte åpen for tolkning og noen bruker bibelvers ut av kontekst i en situasjon som ikke er forenlig med den opprinnelige konteksten (Pattison 2000: 118). Bruk av bibelvers, slik kerygmatiske sentrerte sjelesorg fokuserer på, kan dermed misbrukes. Man bør vite noe om teologien og konteksten i bibelversene man bruker før man serverer dem i en samtale. Dette gjør at det stilles krav til sjelesørger i en kerygmatiske sjelesorg utover å bare være en god samtalepartner, men at den også har teologisk innsikt, slik Engedal presiserer i sin fremstilling av den sjelesørgeriske kompetanse (Engedal 2004: 93-95).

Grunnleggende i kerygmatiske sjelesorg er som vi ser vektlegging av forkynnelse i samtalen. Og som jeg har fått frem finnes det både fordeler og ulemper ved denne måten å praktisere sjelesorg på. Positivt mener jeg det er at noen faktisk våger å fremheve Guds ord og bringe Ordet på bane. I et samfunn der relativismen i stor grad råder er det lite akseptert å hevde at man har *sannheten*. Derfor opplever mange kristne det utfordrende å skulle involvere Guds ord i ulike sosiale interaksjoner. Det fine med kerygmatiske sjelesorg er nettopp det at Guds ord blir belyst. Kerygmatiske sentrerte sjelesorg bringer noe av kjernen og det essensielle i kristenlivet på bane, og tar Ordet med som en del av tilværelsen. Samtidig er det mye som tyder på at en kerygmatiske sentrerte sjelesorg må møtes med en kritisk holdning, uansett hvor mye man applauderer frimodigheten og bruken av Ord. En person som er i en utfordrende fase i livet vil kunne ha behov for å holde troen og Gud på avstand enten over en kort periode eller over lengre tid. En person som er alvorlig syk kan derfor oppleve kerygmatiske sjelesorg som altfor nærgående i forhold til hvor personen selv er i den trossmessige prosessen. Dette er det vesentlig at sjelesørger respekterer i møtet med den alvorlig syke, siden man som sjelesørger i utgangspunktet er til for den andre og er der i stor grad på den andres premisser. Imidlertid er det likevel grunnleggende i teologien at Jesus selv er vel kjent med hva lidelse er. Dette bør derfor også være et element i sjelesorgen. I *Tidsskrift for sjelesorg* formidler Okkenhaug en medlidende Kristus; en Kristus som ble korsfestet og døde for menneskehetens skyld. Okkenhaug refererer til Notto Thelle, som sier i et intervju at de ulike stemmene og

metaforene som tolker Jesu liv gir oss en rikere forståelse av hvem Jesus *var* og *vil* være i våre liv (Okkenhaug 2010: 178). Det er altså et tjenlig perspektiv å ta med i sjelesorgen – at Jesus ikke er likegyldig når mennesker møter lidelse men har medlidenhet og føler med den enkeltes lidelse.

Når det er sagt er det kanskje på sin plass å ta opp igjen spørsmålet jeg stilte tidligere: Forkynnes det et helhetlig Bibelsk innhold? Forkynnelse som bare fokuserer på at Gud er god og kretser rundt det positive ved livet blir nok ikke i like stor grad slitesterk i møte med utfordringer senere i livet som forkynnelse som også bringer de vanskelige spørsmålene på bane. Guds ord innehar et budskap som indikerer at livet ikke alltid blir slik man ønsker, beretningen om Job fra Bibelen er et eksempel på det. Likevel er der løfter om at Gud skal være med (Jesaja 43,2-5). Noe kan være galt med forkynnelsen dersom man får inntrykk av at motgang ikke rammer kristne. Det er viktig å forholde seg til Guds ord slik Bibelen er som helhet, og ikke bare vektlegge det frydefulle ved det. Spesielt essensielt er det for forkynnere, sjelesørger etc. å ha et reflektert forhold til dette, slik at man kanskje kan bidra til at det ikke «loves» for mye og at når man møter motgang og store omveltninger i livet, ikke blir overrasket over Gud og at det ikke i like stor grad kolliderer med oppfattelsen man hadde av det å være kristen (Okkenhaug 2002: 192). Men selvfølgelig kan det også være at man blir dypt skuffet og satt ut av sykdommen som rammer, selv om man teologisk sett er orientert.

### **9.2.1 Konfidentsentrert sjelesorg**

Der den kerygmatiske sentrerte sjelesorgen har fått kritikk for å fokusere for mye på sjelesørgeren og det teologiske, kompenserer den konfidentsentrerte sjelesorgen for dette ved å holde fokuset på den virkelighetsnære siden av den menneskelige eksistens og erfaring. Psykologen Carl Rogers har blitt et forbilde for mange sjelesørgere i måten han fokuserer på pasienten: pasienten skal føle at den er i sentrum, at den er i en aksepterende og ikke-dømmende atmosfære, at rommet er åpent og at terapeuten legger til rette for at alle følelser og tematikker får slippe til. Videre understrekes det essensielle ved den empatiske lyttingen og det faktum at man ikke bare lytter til menneskets tanker om livet og troen, men også til opplevelser og følelser (Okkenhaug 2002: 26). For mange alvorlig syke vil, som vi har sett, dette være en god måte å bli møtt på- et sted der ærlige følelser tillates (Sverkstrøm 1981: 23).

Som Berit Sæteren skriver i boken *Kreftsykepleie. Pasient. Utfordring. Handling* kan spørsmål om Guds eksistens virke abstrakt og fjernt når man er frisk, men oppta en i stor grad

når man blir alvorlig syk. Den alvorlig syke kan sitte inne med mange eksistensiell spørsmål, undringer over Gud, en opplevelse av forlatthet og spørsmål om mening. Troen kan oppleves som en anfektelse (Sæteren 2000: 232 og 234). Et lignende poeng finner vi hos Christian Juul Busch og Anne Hirsch i boken *Palliasjon. Nordisk lærebok* der de tar for seg et kapittel om åndelig omsorg. Her omtales denne rådløsheten som *fragmentert religiøsitet* – den religiøse orienteringen er rotete og forholdet til Gud er usikkert og tvilende, eller en *negativ religiøsitet* – man tolker situasjonen som Guds straff, eller at man er sint på Gud (Busch og Hirsch 2008: 121- 122). I slike tilfeller formoder jeg som nevnt at en kerygmatiske sentrert sjelesorg kan oppleves noe direkte, fjernt og kanskje til og med uønsket, for den alvorlig syke.

I boken *Klinisk sykepleie 1* berører Mary H. Kalfoss dette med å møte lidende og døende pasienter. Og som tidligere presisert er det de enkle tingene en alvorlig syk ønsker fra de rundt: å bli godtatt og elsket som et verdifullt menneske samt at man ikke blir forskjellsbehandlet fordi man er alvorlig syk. Viktigheten av å være anerkjennende, aksepterende, tilgjengelig, oppmerksom og lyttende blir, i følge Kalfoss, essensielt i møte med en alvorlig syk (Kalfoss 2001: 61). Dette er noe av den konfidentsentrerte sjelesørgeriske hovedansvarlig. Konfidenten er i sentrum, mulighetene er mange og atmosfæren er åpen. Tiden er viet konfidenten, som setter rammene for hva som snakkes om og når.

Det som likevel er verdt å ta stilling til når man omtaler konfidentsentrert sjelesorg er betraktninger rundt den teologiske plassen. Selv om det kan være noen forskjeller akkurat i måten å praktisere sjelesorg på er det stor enighet om at kristen sjelesorg kjennetegnes ved at den utøves innenfor en kristen virkelighetsforståelse (Bergem 2008: 17). Hvorvidt man kan hevde at konfidentsentrert sjelesorg går inn under en kristen virkelighetsforståelse eller om det operer mer på egenhånd er et aktuelt spørsmål å stille. Dersom man tillater seg å bare fokusere på konfidenten, og plassere Gud på sidelinja, er jeg redd man neglisjerer hva og hvem Gud er i lidelsens slagmark og man kan gå glipp av velsignelser midt i alt det håpløse. Som sjelesørger kommer det frem av teksten at en viktig oppgave er å utøve sjelelig omsorg og formidle håp ved å peke på Gud, noe som kan være utfordrende å praktisere ut fra en konfidentsentrert sjelesørgerisk betraktningssmåte da det ikke konsekvent vektlegges inkludering av Gud i samtaleforumet. For mange alvorlig syke vil nettopp det å klamre seg til noe større, klamre seg til håpet eller til Guds *shalom*, som her gir en indikasjon på en tillit til at Gud er en Gud for de syke og som lider vondt, være et viktig behov. Guds trofaste kjærlighet som for mange alvorlig syke setter sin lit til, blir referanserammen for deres kamp,

tvil og til og med opprør mot Gud i sykdommen (Louw 1994: 53). Louw bringer dermed et viktig perspektiv frem i lyset som er tjenlig å ta med seg som sjelesørger: hos en alvorlig syk oppstår ofte et behov for å klamre seg til noe håndfast og urokkelig, behov ingen medisin, lege eller sjelesørger kan gi - bare den hengivende tilliten og opplevelsen av at der er noe større enn lidelsen, størrelsen *Gud*. Dette er også i tråd med det Sæteren beskriver i boken *Kreftsykepleie. Pasient. Utfordring. Handling* om menneskets åndsdimensjon og hvordan denne dimensjonen kan stimuleres og gi mennesket styrke, langt utover den som det er ment å ha i smertens og lidelsens landskap (Sæteren 2000: 228).

Et annet kritisk blikk knyttet til den konfidentsentrerte sjelesorgen vil jeg rette mot det terapeutiske aspektet. Den konfidentsentrerte sjelesorgen kan minne om en terapeutsamtale, mer enn en sjelesørgerisk samtale, siden mye av de åndelige aspektene viker unna til fordel for en mer menneskesentrert dimensjon, og som Okkenhaug understreker kan faren ved at det sjelesørgeriske språk blir for terapeutisk orientert være at møtet med den transcendenten Gud blir borte (Okkenhaug 2002: 26-27). Faren er at det blir for mye terapeutisk og for lite «åndelig». Det terapeutiske kan ta for stor plass og overskride områder der den åndelige dimensjonen egentlig hører hjemme. På enkelte måter og områder er det bare Gud som kan møte mennesket, den alvorlig syke, enten gjennom sjelesørger eller for eksempel gjennom et bibelvers eller en sang. Men dette betyr naturligvis ikke at man skal avfeie psykologien eller som sjelesørger stille seg lukket til psykologi som praksis. Denne sjelesorgretningen er noe tilsvarende Pattons begrep *clinical pastoral* paradig. Her er også fokuset på konfidenten og det teologiske aspektet er ikke direkte fremtredende. Men det legges heller ikke skjul på at teologien har hatt både nytte av og behov for innspill fra det psykologiske feltet, og at man under dette perspektivet aktivt tar i bruk teorier som man henter fra psykologien i samtalen og møtet med konfidenten (Patton 1993: 119-120). Dette kan være en anvendelig måte å møte konfidenten på i en sjelesørgerisk sammenheng, da en kerygmatiske sentrert sjelesorg kan virke noe pågående. Som vi så i kapittel syv opplever en del alvorlige syke at de får et tettere og mer knyttet forhold til tro enn de kanskje allerede hadde, og behovene er dermed ikke først og fremst på det åndelige plan men på det psykologiske. Som Anna Dalaker understreker i boken *Tro – en kilde til livsmot? Håpets mysterium når sykdom preger livet*, opplever troen for mange alvorlig syke som noe som bærer en, styrker en og en kilde til livsmot. Gjennom troen henter den syke kraft og pågangsmot til å takle de ulike utfordringene som sykdommen fører med seg. I relasjonen til Gud henter de håp og får gjennom troen hjelp til å leve med begrensninger og til å se på mulighetene fremfor begrensningene (Dalaker 2012: 25-26). Dermed har man sjelesorg som dekker menneskelige behov, også utenfor det åndelige aspektet, og

en konfidentsentrert sjelesorg vil da være positiv i livet til en alvorlig syk, som allerede får sine åndelige behov dekket. Det man imidlertid bør være var på er å skille disse to arbeidsområdene der det er nødvendig og sørge for å slippe riktig praksis til der det hører hjemme. Hvert av de to feltene er store og viktige bidragsytere i møte med det såre mennesket, derfor kan det være av essensiell betydning at det ikke oppstår konfliktfulle forhold mellom disse to praksisene, men heller se at de kan utfylle og supplere hverandre.

### 9.2.2 Kirkelig orientert tros -og livshjelp

Nå har jeg presentert to tilsynelatende ulike måter å praktisere sjelesorg på, der det ene perspektivet i stor grad fokuserer på en forkynnende sjelesorg mens den andre retningen befinner seg i stor grad utenfor det åndelige og er mer rettet mot det menneskelige aspektet. Disse ulike perspektivene er begge verdifulle bidrag i sjelesorgen og tjenlig i måten å nå mennesker med ulike behov på. Like fullt er bidragene blitt gjenstand for kritikk da det ensporede fokuset hver av disse retningene har ikke nødvendigvis er optimal i enhver sjelesørgerisk samtale. Å konsekvent vektlegge det ene perspektivet kan, som vi har vært inne på, medføre en uheldig ubalanse i forhold til hva konfidensens egentlige behov er og kan i så måte virke mer ødeleggende enn reparerende.

Begrepet tros- og livshjelp er som tidligere nevnt hentet fra Helmut Tacke. I dette begrepet ligger det at man skal sørge for mennesket, *både* på det trosmessige plan og til livet generelt. Begrepet uttrykker at man ikke *må* velge mellom en kerygmatiske eller konfidentsentrert sjelesorgretning, men at man kan bruke nyanser fra begge perspektivene. Ytterligere forankres sjelesorgen i enda større grad til det kirkelige fellesskapet gjennom den kirkelig orientert tros - og livshjelp sjelesorgen (Okkenhaug 2002: 28), noe som også implisitt sier oss noe om teologiens essensielle plass i den sjelesørgeriske praksis. Sånn sett kan denne form for sjelesorg synes å være den ideelle måten å drive sjelesorg på- man favner elementer fra hver av de ovenfornevnte sjelesorgretningene og kan på den måten møte flere behov. Sett i lys av dette kan det derfor virke hensiktsmessig å gå for en slik mellomting i sjelesorgen, men som sjelesørger mener jeg man likevel ikke bør stille seg ukritisk til en slik retning, til tross for at det av nevnte grunner kan virke som en ideell måte å møte den alvorlig syke på. En potensiell fallgrube kan tenkes å være at dette kirkelig orientert tros -og livshjelp perspektivet blir for generelt, at man kanskje mister litt av det nære og intime ved at man har hele spekteret åpent og til slutt kan det for en alvorlig syk oppleves uryddig og ukonkret, nærmest overfladisk. Kanskje er det vanskelig for den alvorlig syke å vite hva den skal ta tak i med et så vidt



spekter av muligheter. I boken *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* beskriver Eide noe av den usikre og kaotiske tilværelsen som kan oppstå når en blir rammet av alvorlige livshendelser som for eksempel kreft. Livet kan kjennes usammenhengende, og verden virker mindre trygg og uforutsigbar (Eide & Eide 2009: 166). Dette kan være hensiktsmessig kunnskap å ta med seg i en sjelesørgerisk samtale med en konfident som er alvorlig syk. En alvorlig syk lever gjerne i ukjent terreng. Kroppen er blitt syk og livet rammet – veien videre blir til underveis, og få ting er sikre. Å ta med seg perspektiver som dette i en sjelesørgerisk samtale med den alvorlig syke vil kunne hjelpe sjelesørgeren til å være var på om denne sjelesorgsamtalen egner seg for konfidenten: «Møter den konfidentens behov?» «Får man tak på det som ligger innerst inne, eller når man bare det overfladiske?» «Klarer konfidenten å sortere ut de aktuelle behovene av følelser som den trenger å få utløp for nå, eller preger den uforutsigbare tilværelsen i sykdommen også relasjonen og samtalen?». Jeg tenker det derfor, med grunnlag i det Eide er inne på, vil være både nødvendig og essensielt at sjelesørger grunner over momenter som dette i en kirkelig orientert tros -og livshjelp sjelesorg. Denne retningen er fin på den måten at den ikke spesifiserer seg i noe enkelt og at den syke da ikke trenger å føle seg låst eller bundet til en spesiell retning, men i større grad styrer denne samtalsinnhold selv. Men av og til trenger den alvorlig syke nettopp noe mer konkret og forutsigbart og noen som tar kontroll, slik man kan se momenter av i de to andre sjelesorgretningene. Riktignok har jo også sjelesørger i den kirkelig orientert tros -og livshjelp retningen kontroll, men da i en litt løsere form.

### 9.3 Sjelesørger i møte med den alvorlig syke

Det er ikke få ting en sjelesørger bør ha et reflektert forhold til i møte med en alvorlig syk. Mange hensyn skal tas, mange behov skal møtes, både verbalt og ikke-verbalt, så hvordan gjør en sjelesørger dette?

Som sjelesørger stilles man på ulike måter i en forholdsvis sårbar og utsatt posisjon. For det første skal man være varsom med *hva* man sier, *når* man sier det og *hvordan* det sies, nettopp noe mange hjelpere ser på som en stor utfordring i møte med alvorlig syke. Både toneleiet og formuleringer kan bli gjenstand for misoppfatninger fra den alvorlig syke, siden denne personen trolig har et redusert kroppsbilde og lever i en verden som føles kaotisk og uforutsigbar (Eide & Eide 2009: 203). Det samme gjelder all form for kroppsspråk og kroppskontakt: ingenting er åpenlyst i møte med en alvorlig syk. Her gjelder det å trå forsiktig og være nøye på at man som sjelesørger befinner seg innenfor aksepterte rammer i forhold til

den alvorlige sykes betingelser. Som sjelesørger kan det derfor være lurt med en noe regulert og forutsigbar samtalestruktur hvor den alvorlig syke ikke trenger å lure på om den er i trygge omgivelser.

Sett i lys av dette, kan det derfor tenkes at et kirkelig orientert tros -og livshjelp sjelesorgperspektiv kan bli for bred for en alvorlig syk. Rammen kan bli utydelig og det kan da forekomme ukritiske utsagn fra sjelesørger i og med at rammene ikke er satt og at tematikken og ordene ikke er like begrenset som hos de to øvrige sjelesorgretningene. Selvfølgelig kan det gå fint å møte en alvorlig syk med dette utgangspunktet, men da bør man i stor grad være var på hva som spiller inn og hvordan dette blir mottatt av den alvorlig syke. Å komme til en sjelesørgerisk samtale der rammene og samtalearenaen er for åpen kan, som vi har sett, være *nok* et kaotisk element i den alvorlig sykes livssituasjon. Nå er jo ikke dette noe som gjelder bare for den kirkelig orientert tros -og livshjelp retningen. Dette vil naturligvis også gjelde de to andre sjelesorgretningene. Det er alltid viktig at sjelesørger er var på situasjonen og tilværelsen. Det kan likevel tenkes at å holde seg innen for en trygg ramme er ekstra utfordrende i en kirke- og trosorientert sjelesorgretning, siden denne retningen er noe mer ukonkret enn de to øvrige retningene. Det er heller ikke selvsagt at denne måten å møte en alvorlig syk på gjør samtalen og den tankemessige tilstanden hos den alvorlig syke enda mer kaotisk. En sjelesørger kan fint kombinere en åpen samtalefære med en konfidents kaotiske tankeverden og uforutsigbarhet dersom sjelesørger er bevisst på dette mønsteret og leder an og strukturerer forløpet og samtalen der det er behov. Konfidenten har, som Okkenhaug understreker i boken *Når jeg ser ditt ansikt* behov for sjelesørgerens gjensvar om det skal bli en ekte dialog (Okkenhaug 2002: 63).

For det andre innehar sjelesørgerrollen mye makt (Okkenhaug 2002: 71). Bruker man denne makten feil, vil dette kunne føre til svært uheldige konsekvenser for sjelesørger selv, men særlig for den alvorlig syke. Maktmisbruk kan som vist tidligere i avhandlingen forekomme på ulike måter. Det som er viktig å tenke over som sjelesørger er at utgangspunktet til konfidenten er særlig følsomt. Mye er annerledes og verden kan gå fra å føles trygg og fast til å føles svevende og uforutsigbart. Desto viktigere er det at sjelesørgeren tar rede for dette når han eller hun samtaler med konfidenten og er oppmerksom på å ikke si noe som ukritisk tas imot av den alvorlig syke. Den alvorlig syke kan på mange måter sies å være spesielt utsatt for påvirkning, da redusert selvbilde, nedstemthet, og en følelse av meningsløshet kan utløse en passiv og likegyldig holdning til en selv og det som er rundt. Dette impliserer at sjelesørger

må forholde seg til egne ord og formuleringer på en kritisk måte for ikke å utsette den alvorlig syke for sterk påvirkning. Her aner jeg en mulig fallgrube når det gjelder balansen mellom kerymatisk sentrert sjelesorg og det at maktmisbruk ikke forekommer. En kerymatisk sentrert sjelesorg kan, om man bruker det ukritisk, utsette den alvorlig syke for negativ påvirkning. Tanken med kerymatisk sentrert sjelesorg er å gi konfidenten en del av Jesus, formidle en sannhet over alle andre sannheter – også en sannhet som er sterkere enn døden. For en alvorlig syk kan dette i mange tilfeller føles klamt og uønsket da man i en slik fase av livet ofte strever med gudsrelasjonen og det å plassere troen oppi det hele (Louw 1994: 36). Det kan også være uheldig sjelesorg i møte med en alvorlig syk grunnet det ofte reduserte bildet den alvorlig syke kan få av seg selv og omverden. Maktmisbruk kan da skje ved at den alvorlig syke tar til seg alt som blir sagt og, i verste fall, kan vedkommende ende opp i et tankekaos av skam- og skyldfølelse, dersom sjelesørger ikke er veldig oppmerksom på måten det samtales på og ikke minst på hvordan begreper og uttrykk tas i mot av den alvorlig syke. Den alvorlig syke er som nevnt ofte i en følelsesverden av nedstemthet og man kan derfor ikke anta at den alvorlig syke vil oppfatte det som sies som oppmuntrende og positivt. I dette tilfellet er den konfidentsentrerte sjelesorg «tryggere». Man trenger ikke i like stor grad å frykte for maktmisbruk på den måten som kerymatisk sentrert sjelesorg kan kritiseres for. Men kanskje kan det kalles maktmisbruk å *ikke* bruke makten som sjelesørger til aktivt å bruke Guds ord, som for mange alvorlig syke oppleves som fredfullt og en hjelp i denne mørke stunden? (Okkenhaug 2002: 147). Som sjelesørger sitter man inne med teologisk kunnskap, deriblant kunnskap om Jesu forhold til lidelse og død og, ikke minst, Jesu forhold til *de lidende*. Vil det ikke være maktmisbruk å sitte inne med denne kunnskapen og ikke dele av det «glade budskap»?

Ser man på Leif Gunnar Engedals fremstilling av hva han mener er grunnleggende forventninger av kompetanse hos en sjelesørger, finner man at han vektlegger nettopp dette med «åndelig kompetanse». Det å kunne samtale naturlig om spørsmål og temaer knyttet til tro er en viktig egenskap hos sjelesørger. Engedal berører dette med at åndelig språk kan være et nyttig verktøy når man støter på mørke og destruktive dager, slik man kan møte på i samtaler hos alvorlig syke (Engedal 2004: 93-94). Det kreves altså, slik jeg forstår Engedals fremstilling av dette, at sjelesørger må inneha god, teologisk kunnskap. Og med god, reflektert teologisk kunnskap kan man i større grad unngå maktmisbruk i møte med den alvorlig syke, i tillegg til at man må være oppmerksom på måten man kommuniserer denne kunnskapen. Den konfidentsentrerte sjelesorgen kan stå i fare for å implisitt stå i veien for at

det i utgangspunktet oppløftende Ordet ikke blir forkynt inn i et «ødelagt» liv, et slags maktmisbruk. Dersom man i den konfidentsentrerte sjelesorgen bare skal fokusere på konfidenten kan det være at man aldri kommer til kjernen av det sorgfulle. Og mange alvorlig syke stenger også inne mørke tanker om tro fordi de ikke opplever at det er tillatt å rase mot Gud, noe som igjen også kan kaste lys på dagens forkynnelse: Er det virkelig ikke lov å rase mot Gud? En konfidentsentrert sjelesorg vil derfor muligens gjøre det utfordrende for den alvorlig syke å selv ta opp underliggende åndelige temaer, i og med at denne sjelesorgretningen ikke er spesielt egnet til åndelige spørsmål. Et kirkelig orientert tros- og livshjelp perspektiv vil være en tilsynelatende ideell måte å møte den alvorlig syke på. Her åpnes det for å berøre både de trossmessige temaene men også hva livet angår generelt. Her legges ikke temaer lokk på, og samtaleformen styres i stor grad ut fra konfidentens behov og preferanser. Dermed vil et maktmisbruk lettere også kunne unngås.

For det tredje vil det trolig oppleves utfordrende for sjelesørger å leve såpass nærme andres tanker og følelser knyttet til alvorlig sykdom og andre relaterte tematikker. Å komme så nærme et annet menneskes følelses- og reaksjonsliv med sykdom og død som tema, vil hos de fleste sjelesørgere få tanker og følelser knyttet til eget liv og død til å tiltre. Som Anne Marie Reitan uttrykker i *Kreftsykepleie. Pasient. Utfordring. Handling* viser en studie at en av de viktigste årsakene til at sykepleiere reserverer seg for å gå inn i den vanskelige samtalen med kreftpasientene er frykt for pasientens emosjonelle reaksjoner, samt frykt for egen død og egne reaksjoner. Dette gjør det ikke bare ubekvemt for sykepleieren, men dette merker også pasienten og det hemmer pasienten i å åpne seg (Reitan 2002: 79) En frykt for eget liv, egen helse og død kan lamme sjelesørgeren og hindre sjelesørger i at potensialet i ferdighetene som sjelesørger innehar utnyttes optimalt, og hindrer dermed også at den alvorlig syke åpner seg. Dette medbringer utfordringer i alle de tre nevnte sjelesorgretningene. Dersom en sjelesørger ikke har tatt et oppgjør med engen frykt for død, vil sjelesørger kunne ha vanskeligheter med å vandre på en så tungt belastet vei sammen med alvorlig syke. Som det understrekes i boken *Å være sammen med døende*, må helsepersonellet være villig til å være hos den døende uten å fornekte følelser av angst og andre ubehag, som ofte kan bli fremtredende når man arbeider med døende pasienter (Lindqvist 1983: 27). Dette gjelder også sjelesørgere i møte med alvorlig syke. Frykten for egen død kan stå i veien for at hjelperen får vært mest mulig til hjelp. Uten å ha bearbeidet og akseptert sin egen dødsangst, kan en vanskelig hjelpe i andres frykt (Lindqvist 1983: 27).

En sjelesørger som møter alvorlig syke burde følgelig konfronteres med egen frykt for død og sykdom. Dette var noe av det jeg kjente igjen i mitt eget møte med den tidligere kreftsyke jenta – jeg ble minnet på livets sårbarhet, og kjente frykten for eget liv og død lamme tilværelsen min, hvilket gjorde meg målløs. Som sjelesørger må man nødvendigvis ha noe mer å stille opp med enn et forskrekket og overfølsomt «selv» i møte med den alvorlig syke. Det kan bli vanskelig å gjennomføre en god sjelesorgsamtale dersom man ikke klarer å håndtere sin egen dødsangst. En alvorlig syk har vanligvis mye på hjertet men venter på en person som tåler å høre frustrasjoner og ærlige følelser som *redselen for å dø*. Å være døende kan oppleves som en ensom og låst tilstand. Følelser, bekymringer og spørsmål holdes kanskje inne for å skjerme omgivelsene. Det blir derfor vesentlig i møte med en døende, som Lars Sverkstrøm understreker, å gjøre det greit for den døende å stille de spørsmålene den lurer på, og å la døden få sin plass i det offentlige rom (Sverkstrøm 1981: 22). I boken til Sverkstrøm blir en amerikansk psykiater, Elisabeth Kubler-Ross, presentert. Hennes funn i forhold til alvorlig syke kan relateres til dette med viktigheten av å kunne ha en åpen og ærlig dialog rundt døden. Tendensen, i følge henne, er at døende har mye på hjertet, men leter etter forhold som takler å høre det ærligste innerst inne. De av helsepersonellet som viste en tydelig åpenhet rundt døden, fremfor en fryktlammet følelse, var også de som fikk denne døendes fortrolighet og utøste hjerte (Sverkstrøm 1981: 23). Et viktig perspektiv en sjelesørger kan ha når vedkommende nærmer seg den døde er altså å visualisere et landskap der man ikke trenger å skjerme følelser. Og for å kunne visualisere en åpenhet rundt temaet som omhandler alvorlig syke, må sjelesørger ha bearbeidet egne tanker rundt temaer som kan bli gjeldende i møte med alvorlig sykdom.

#### **9.4 En rådende sjelesorgretning i møte med den alvorlig syke?**

Det kan godt tenkes at man kan argumentere for at *ett* sjelesorgperspektiv er bedre enn ett annet, noe jeg mener er viktig at man gjør som sjelesørger i møte med en alvorlig syk. Sjelesorgretningen en sjelesørger praktiserer, bør være et valg på bakgrunn av gode reflekterte tanker om hvorfor nettopp det perspektivet er best egnet til å møte den alvorlig syke. Det er helt elementært for sjelesorg-konfident-relasjonen at måten man møter den alvorlig syke på ikke er et resultat av et tilfeldig og ukritisk sjelesørgerisk valg. Måten man møter den alvorlig syke på krever en gjennomgående refleksjon hos sjelesørger for at samtalen potensielt skal bli best mulig for konfidenten. Dermed vil en refleksjon rundt sjelesorgperspektivene kunne bidra til at man møter konfidenten på mest gagnlig måte, ut fra det forarbeidet sjelesørger gjør i refleksjonsarbeidet. Men å velge *ett* sjelesorgperspektiv og utelukke andre ser jeg på som

problematisk. Man kan, slik jeg ser det, ut fra det som er kommet frem i avhandlingen, vanskelig møte konfidentens innerste behov ved å utelukkende bare fokusere på den ene sjelesorgretningen, som bare dekker relativt spesifikke arenaer av menneskelivet, foruten det kirkelig orientert tros -og livshjelp perspektivet som favner adskillig større områder, noe som igjen også har vist seg å kunne føre til ulemper. Dessuten kan en av fallgruvene ved å fokusere ensidig på ett sjelesørgerisk perspektiv være at en reduserer evnen til kritisk refleksjon, som jeg mener enhver sjelesørger bør ha. Å eksplisitt bruke kun en bestemt sjelesorgretning kan gjøre at det kritiske blikket på egen sjelesorgpraksis ikke eskaleres. Der er mange kvalitetsmessige elementer å hente fra alle de tre perspektivene jeg har belyst i teksten, og det å se på egen sjelesorgpraksis i lys av de andre retningene gjør at man antageligvis lettere ser forbedringspotensialer i egen sjelesorgpraksis. Derfor ser jeg, ut fra det som er kommet frem i teksten, at det blir en noe enkel løsning å skulle beslutte at den ene sjelesorgretningen er bedre egnet enn de andre når jeg ser at utelukkning av sjelesorgretningene er det som er minst gagnlig for konfidenten. Sjelesorg skal treffe det unike livet, dermed vil det å utelukke to retninger til fordel for en kunne kollidere med behovet den enkelte konfident har.

## 10 Avslutning

Avhandlingens tema og problemstilling var motiverende å ta fatt på, både på grunn av dens faglighet, men også grunnet egne erfaringer i møte med følsomme tematikker. Innledningsvis presenterer jeg et møte og en historie som har gjort *særlig* inntrykk på meg. Møtet med denne historia skulle vise seg å prege meg i lang tid etter og er bakgrunnen for det valgte fokuset i avhandlingen. Med hovedproblemstillingen *«hvilke utfordringer og muligheter kan jeg som diakon møte i den sjelesørgeriske samtale med en alvorlig syk?»* har hensikten med avhandlingen vært å vinne kunnskap om hvordan man på mest tjenlig måte kan møte en alvorlig syk i den sjelesørgeriske samtale. Videre følger oppsummering og konklusjon samt forslag til videre forskning.

### 10.1 Oppsummering og konklusjon

Livet lærer oss at vi er sårbare. En hendelse kan snu opp-ned på hele tilværelsen uten at man kan gjøre noe med det og setter livene til de *berørte* i en utfordrende posisjon. En alvorlig sykdom kan være en slik hendelse – en hendelse hverken den rammede eller menneskene rundt vet å forholde

seg til. Med sykdommen kan kreft følge mye komplekst med. Tap, svingende følelser, ensomhet, meningsløshet, kompliserte relasjoner, kommunikasjon som tolkes og eksistensielle spørsmål blir viktige. *Dette* livet skal sjelesørger møte på en god måte.

I den teoretiske delen har jeg ut fra relevant litteratur tatt for meg viktige tematikker som belyser utfordringer og muligheter i måten å møte en alvorlig syk på og. Jeg har da sett på hva som menes med betegnelsen *diakoni* og *sjelesorg*. Okkenhaug har identifisert tre hovedretninger innen sjelesorg: *kerymatisk sjelesorg*, *konfidentsentrert sjelesorg* og *kirkelig orientert tros -og livshjelp*, og disse retningene vies stort fokus i avhandlingen spesielt i drøftningsdelen. Jeg har også foretatt en kort redegjørelse for hva *kreft* er. Da har jeg konsentrert meg om den generelle kunnskapen og ikke det særegne ved hver enkelt krefttype for således å belyse noen faktorer av det å være menneske som på ulike måter påvirkes av sykdommen. Jeg har sett på hvilken betydning *døden* kan ha for den syke, jeg har sett på mulige *omstendelige behov* den syke kan ha, tilstanden *sorg* og ulike måter sorgen kan utarte seg på er blitt belyst og jeg har sett på hvilken betydning *kommunikasjonen*, verbalt og ikke-verbalt, kan ha å si for relasjonen mellom den syke og sjelesørger. Jeg har også belyst noen perspektiver i forhold til kristen tro og det å være alvorlig syk for så å avslutte teoridelen med å se på fem momenter av Leif Gunnar Engedal som han mener er elementære i utøvelsen og forberedelsen av en sjelesørgerisk praksis. I drøftningsdelen har jeg belyst kunnskapen som er kommet frem i teoridelen og stiller i forlengelsen av dette følgende spørsmål: «Hvilke styrker og svakheter i sjelesorgretningene *kerymatisk*, *konfidentsentrert* og *kirkelig orientert tros -og livshjelp* bør en diakon være oppmerksom på i samtale med en alvorlig syk?». Problemstillingene synes besvart i avhandlingen, og oppsummeres følgende:

Gjennom denne avhandlingen har jeg sett at det å være alvorlig syk kan være en svært ensom tilværelse. Mange alvorlig syke opplever å sitte inne med vonde tanker og følelser som vanskelig deles fordi nettverket rundt ikke signaliserer åpenhet eller evne til å ta imot denne sårheten som bæres av den syke. Noe av det den alvorlig syke trenger mest er gjerne det den får minst: et rom der utilslørte tanker og følelser slipper til. Den alvorlig syke trenger relasjoner som *blir* og som tillater et ærlig språk. En av sjelesørgerens viktigste rolle i møte med en alvorlig syk blir å gjøre rommet åpent nok til at livet kan komme til uttrykk.

En alvorlig syk konfronteres med en ny virkelighet. Forandringer skjer både fysisk og psykisk og hverdagen preges ofte av en kaotisk struktur. *Sorg* kan være en naturlig følge av denne annerledesheten som tiltrer dette livet. Men sorgen krever også sin plass og er en viktig del av

bearbeidelsesprosessen. Vi ser at sorg ofte forløper seg i fire faser. Disse fasene er det grunnleggende viktig at den sørgende får *være i* for at sorgen en eller annen gang skal kunne avta, noe som igjen forutsetter at livet kan uttrykkes utslørt. Som sjelesørger vil det derfor være essensielt å kommunisere en holdning som viser at sorg er greit. Det er også vesentlig for denne reisen at sjelesørger har betraktelig med kunnskap om sorg og hva sorg innebærer. Ellers kan det være vanskelig i en sjelesørgerisk samtale å møte den sørgende der den er.

At sjelesørger har et reflektert forhold til *kommunikasjon* og hvilken virkning det kommunikative, verbalt og ikke-verbalt, har å si for relasjonen og møtet med den alvorlig syke, ser ut til å være avgjørende for i hvor stor grad den sjelesørgeriske samtale er den syke tjenlig. Mestrer ikke sjelesørger de kommunikative forholdene er det lite sannsynlig at sjelesørger gis tillit og sjelesørgeren mislykkes da i å møte den sykes behov.

Det kommer frem at *tro*, jfr. kapittel syv, hos mange alvorlig syke er et sårbart element å forholde seg til. Det å bli rammet av en alvorlig sykdom samsvarer ikke med deres egen tro. Dette åpner for en utfordrende sjelesorgsamtale og sjelesørger må gå reflektert inn i samtalearenaen. Vi har sett at det er det viktig at sjelesørger selv har bearbeidet egne tanker og følelser knyttet til lidelsens problem, både for at dette ikke skal fremprovosere personlige erfaringer, men og for å i større grad kunne ha noe konstruktivt å bidra med i samtalen. Det kommer også frem at mange alvorlig syke, i en kaotisk og uforutsigbar tilværelse, trenger noe håndfast å forholde seg til. Denne tilflukten søker de ofte hos Gud og finner styrke og ro i relasjon til Han. *Kunnskap* og *kompetanse* er dermed to betydningsfulle faktorer for sjelesørger å tilstrebe slik vi blant annet ser av Leif Gunnar Engedals fem momenter som bør ligge til grunn for utøvelse av god sjelesorg. Uten tilstrekkelig kunnskap og kompetanse vil sjelesørger tvilsomt være en tilstrekkelig ressurs for den alvorlig syke.

I møte med en alvorlig syk i den sjelesørgeriske samtale ser man at de tre sjelesorgretningene som har vært i fokus har alle viktige og elementære trekk i seg når det gjelder å møte en alvorlig syk. På samme måte som sjelesorgretningene er forskjellig og unik, har også hver eneste en som er rammet av en alvorlig sykdom sitt særpreg. Det vil derfor ikke være tjenlig å møte alle konfidenter med samme perspektiv. Å møte en alvorlig syk som har fått nok av Gud for en stund med et kerygmatiske utgangspunkt kan fort forverre dette menneskets trosforhold og man får ikke nødvendigvis så mye godt ut av sjelesorgsamtalen. Det samme gjelder i motsatt fall. Dersom en sjelesørger møter den alvorlig syke med en konfidentsentrert sjelesorg, og den alvorlig sykes innerste behov er på et helt annet plan, for eksempel å uttrykke følelser og tanker knyttet til det åndelige, kan det



konfidentsentrerte fokuset være et hinder for konfidentens egentlige ønsker og behov for omsorg. Det kirkelig orientert tros -og livshjelp perspektivet søker å plassere seg et sted mellom de to nevnte sjelesorgretningene, et sted som favner både det åndelige og det livsaktuelle aspektet. Dette perspektivet kan tenkes å være det mest nærliggende utgangspunktet å møte den alvorlig syke med, men vi ser at heller ikke dette perspektivet får stå alene. Man bør forholde seg også til dette perspektivet på en kritisk måte, og noe av det som kan være kritikkverdig er at et slikt utgangspunkt kan, dersom sjelesørger ikke er flink til å lese situasjonen, bidra til at samtalen blir overfladisk. Sjelesørger må her mestre å korrigere samtalerommet og tørre å ta sin lederrolle på alvor, der det er behov. En sjelesorgretning bør aldri stå alene og uten refleksjon- den bør være et resultat av et bevist og reflektert valg, basert på konfidents behov.

## 10.2 Veien videre

Høyst aktuelt i dag er holdningen mange har til døden. Å være alvorlig syk oppleves for mange rammede som en ensom tilværelse, mye grunnet tausheten og den tabubelagte innstillingen som råder. Derfor utfordrer jeg meg selv og eventuelle leser til å snu denne holdningen og tørre å møte utfordrende tematikker der de er. Dette gjelder i høyeste grad døden men også andre aspekter som er blitt belyst i avhandlingen.

Det trengs også å kastes lys over er det teologiske aspektet. Dersom forkynnelsen bare vektlegger de harmoniske og uproblematiske sidene ved det kristne livssyn, vil livene under denne forkynnelsen sannsynligvis, i større grad enn om man får presentert et helhetlig bilde av den kristne tro, finne det problematisk å ha tillit til Gud når vonde hendelser inntreffer. Forkynnelsen er med på å forme enkeltmenneskets Gudsbilde og relasjonen til Ham, derfor er det grunnleggende viktig å forkynne den kristne tros helhet og ikke unnlate å tale om det som er vanskelig. Dette er aktuelt for sjelesørgere i måten man tar i mot konfidenter med ulik teologisk bakgrunn på, men i høyeste grad også for andre kristne som på ulike måter driver med forkynnervirksomhet. Formidle et sant og helhetlig kristent budskap da dette kan forebygge misforståtte gudsoppfatninger i møte med utfordrende livshendelser.

*Kunnskap* er en nøkkelfaktor. Tilstrekkelig kunnskap om sykdommen kreft og relaterte temaer som er blitt belyst i avhandlingen som følge av kreft er elementært for å kunne møte den alvorlig syke på en tjenlig måte. En sårbar historie trenger en kompetent mottaker. Kunnskap bidrar til økt kompetanse- noe enhver sjelesørger bør søke å tilstrebe mer av.

Som belyst inngår *sorg* i mer eller mindre grad som en del av det å være alvorlig syk. Jeg undrer på hvordan det er å være alvorlig syk i et samfunn som nærmest krever at man er fullkommen på alle områder? Over alt hvor vi er blir vi påminnet at det er det "fullkomne" samfunnet vil ha, det er de sterke og utholdende som etterspørres. Jobbene gis til de "fleksible" og "livlige". Sorg er en betydelig del av bearbeidelsesprosessen som alvorlig syk. Gjennomsvirer vi samfunnet med holdninger om at bare det beste er godt nok, kan det være utfordrende å leve i sorgen, som igjen kan føre til at sorgen ikke får sin plass, som videre kan hemme mestring i å leve med sykdommen. Jeg tror vi med fordel har godt av å bytte ut "krav" med "raushet" en gang i blant og indikere sorg mer akseptert enn det er nå, en tematikk som kan være gjenstand for videre studie.

Jo mer jeg fordypet meg i arbeidet med avhandlingen jo vanskeligere og mer komplekst skjønner jeg at en sjelesørger-konfident relasjon er, særlig når møtet er en alvorlig syk. Fere ganger underveis i skriveprosessen tok jeg meg sammen for ikke å miste motet og frimodigheten når jeg tenker på ansvaret som ligger på meg som diakon i møte med den alvorlig syke. Men, det *skal* være vanskelig, fordi det *er* vanskelig. Kreftsykdom *er* vanskelig. Relasjoner og sårbare liv *er* vanskelig. Å late som noe annet vil være det motsatte av det som formidles gjennom denne avhandlingen: Våg å tal sant om livet. Våg å vær sårbar. Våg å tillat vanskelige tematikker. Vi er avhengig av det for å kunne leve *i* det.

## 11 Litteraturliste

**Aadnanes, Per Magne.** (2012). *Livssyn*. 4. utgave. Universitetsforlaget. Oslo

**Aakre, Marie.** (2001). «Å dø er naturlig- snakk sant om døden!» i: Redaksjonsutvalg: Aakre, Marie., Alm, Kristian., Larsen-Bomann, Lene, Rogne, Kari (leder) *Verdier ved livets slutt, en antologi*, side 11-21. Verdikommisjonens styringsgruppe.

**Bergem, Anders.** (2008). *Som epler av gull. En bok om kristen sjelesorg*. Bind 1. *Sjelesorgens prinsipielle grunnlag og egenart*. Kolofon Forlag AS, Oslo

**Bergem, Anders.** (1998). *Kristen tro og profesjonell omsorg. Om livssyn, tro og teologi i helse- og sosialomsorgen*. Luther Forlag, Oslo.

**Bibelen.** Den Norske Bibelselskap 1978/85.

**Bjordal, Kristin., Kaasa, Stein., Loge, Jon Håvard og Paulsen, Ørnulf.** (2008). «Den palliative konsultasjon. i: Kaasa, Stein red. *Palliasjon. Nordisk lærebok*, side 63-73. Gyldendal Norsk Forlag AS.

**Busch, Christian Juul og Hirsch, Anne.** (2008). «Eksistensiell og åndelig omsorg» i: Kaasa, Stein red. *Palliasjon. Nordisk lærebok*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

**Dahl, Kjell Petter.** (1978). *Sjelesorg ved sykesengen*. Luther Forlag A/S, Trondheim.

**Dalaker, Anna.** (2012). *Tro- en kilde til livsmot? Håpets mysterium når sykdom preger livet*. Efrem Forlag, Follese.

**Danbolt, Lars J.,** (1990). *Sammen i sorgens landskap*. Verbum, Oslo.

**Eide, Hilde og Eide, Tom** (2009). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. reviderte og utvidede utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo

**Engedal, Leif Gunnar.** (2004). «Utvikling av sjelesørgerisk kompetanse. Refleksjoner og perspektiver». *Tidsskrift for sjelesorg*, side 84-95 Nr. 2/2004 24. årgang. Institutt for Sjelesorg, Modum Bad. Einar Lundeby's Stiftelse.

**Evans, Abigail Rian.** (2011). *Is God still at the bedside? The medical, ethical, and pastoral issues of death and dying*. Wm. B. Eerdmans Publishing Co, Grand Rapids, Michigan.

**Grevbo, Tor Johan S.** (2006). *Sjelesorgens vei. En veiviser i det sjelesørgeriske landskap-historisk og aktuelt*. Luther Forlag AS, Oslo

**Jordheim, Kari.** (2009). "Plan for diakoni i Den norske kirke: en presentasjon" i: Kai Ingolf Johannessen et al. red./ed *Diakoni: en kritisk lesebok*, side 13-28. Tapir Akademisk Forlag, Trondheim

**Kalfoss, Mary H.**, (2001). «Møte med lidende og døende pasienter- sykepleierens møte med seg selv» i: Almås., Hallbjørg., red *Klinisk sykepleie 1*, Bind 1, side 48-64. Gyldendal Norsk Forlag AS.

**Kirkwood, Neville A.** (1995). *Pastoral care in hospitals*. Copyright © Neville A. Kirkwood, New Baskerville, Australia.

**Kuhl, David.** (2002). *What dying people want. Practical Wisdom For The End Of Life*. Copyright © 2002 by David Kuhl. PublicAffairs™, USA

**Lindqvist, Kerstin.** (1983). *Å være sammen med døende*. Norsk utgave: Gyldendal Norsk Forlag A/S

**Louw, Daniel J.** (1994). *Illness as crisis and challenge. Guidelines for pastoral care*. Orion Publishers, Halfway House.

**Lønning, Inge.** (1985). «Døden som religiøst fenomen» i: Ingebretsen, Reidun og Sandsberg, Sigrid red. *Nær livets grense. Livstruende sykdom, sorg og død*, side 24-38. Universitetsforlaget AS, Kristiansand.

**Nome, Ole.** (2000). «Generell onkologi» i: Reitan, Anne Marie og Schjølberg, Tore Kr., Red *Kreftsykepleie. Pasient. Utfordring. Handling*, side 268-295. Akribe Forlag AS.

**Nordstokke, Kjell.** (2011). «Bibelsk- historikk bakgrunn for diakontjenesten» i: Dietrich, Stephanie, Kari Karsrud Korslien og Kjell Nordstokke., red *Diakonen- kall og profesjon*, side 53-64. Tapir Akademisk Forlag, Trondheim.

**Okkenhaug, Berit.** (2010). «Jesus i sjelesorgen». *Tidsskrift for sjelesorg*, side 178-179. I. 2010-30.årgang.

**Okkenhaug, Berit.** (2002). *Når jeg ser ditt ansikt. Innføring i kristen sjelesorg*. Verbum, TrykkOtta AS.

**Pargament, Kenneth I.** (1997). *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice*. The Guilford Press, New York.

**Patton, John** (1993). *Pastoral care in context. An introduction to pastoral care*. Westminster/John Knox Press, Louisville, Kentucky.

**Pattison, Stephen** (2000). *A critique of pastoral care*. Printet av Biddles Ltd, Guildford and King's Lynn, Storbritannia.

**Reitan, Anne Marie** (2000). «Kommunikasjon» i: Reitan, Anne Marie og Schjølberg, Tore Kr., Red *Kreftsykepleie. Pasient. Utfordring. Handling*, side 63-81. Akribe Forlag AS.

**Sandvik, Oddbjørn.** (2003). «Hva er sorg, og hvordan kan den forstås?» i: Bugge, Kari E., Eriksen, Hilde., og Sandvik, Oddbjørn., red *Sorg*, side 15-42. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen.

**Schjølberg, Tore Kr.** 2002). « Endret kroppsbilde» i: Reitan, Anne Marie og Schjølberg, Tore Kr., Red *Kreftsykepleie. Pasient. Utfordring. Handling*, side 88-97. Akribe Forlag AS.

**Skants, Petter.** (2008). *Omsorg i kriser- håndbok i psykososialt støttee arbeid*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

**Solem, Per Erik.** (1985). «Døden i samfunnsperspektiv» i: Ingebretsen, Reidun og Sandsberg, Sigrid red. *Nær livets grense. Livstruende sykdom, sorg og død*, side 30-38. Universitetsforlaget AS, Kristiansand.

**Spiegel, Yorick.** (1978). *The grief process*. Copyright © 1973 Christian Kaiser Verlag, Munich, and Matthias- Grünewald- Verlag, Mainz.

**Sverkström, Lars.** (1981). *Livet omkring døden*. Lars Sverkström och Skeab förlag AB, Stockholm.

**Sæteren, Berit.** (2000a). «Omsorg for døende pasienter» i: Reitan, Anne Marie og Schjølberg, Tore Kr., Red *Kreftsykepleie. Pasient. Utfordring. Handling*, side 172-191. Akribe Forlag AS.

**Sæteren, Berit.** (2000b). «Åndelig omsorg» i: i: Reitan, Anne Marie og Schjølberg, Tore Kr., Red *Kreftsykepleie. Pasient. Utfordring. Handling*, side 228-240. Akribe Forlag AS.

**Thagaard, Tove.** (3. utg. 2009) *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget

**Qvarnström, Ulla.** (1982). *På dødsleiet. Tanker og opplevelser ved livets slutt*. Norsk utgave Tiden Norsk Forlag. Østlands-Postens Boktrykkeri, Larvik.

#### **Internettadresse.**

**Kreftregisteret. Institutt for populasjonsbasert kreftforskning.** Lokalisert på hjemmesiden til kreftregisteret. Sist nedlastet (<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft/Hva-er-kreft/> 08.02.13. kl. 16:39)

