

En første avskjed

En kvalitativ studie av sykehusprestens erfaring med ritualisering etter dødsfall

Maren Sundvall Platou

Veileder

Førsteamanuensis Anne Austad

MF vitenskapelig høyskole for teologi, religion og samfunn,

AVH5065: Masteroppgave i teologi (30 ECTS), Høst 2019

Antall ord: 23067



Forord

Å skrive masteroppgave har vært lærerikt og utfordrende. Jeg har vært heldig å ha gode mennesker rundt meg på veien, og alle disse fortjener sin takk i dette forordet.

Aller først vil jeg rette en stor takk til mine seks informanter, for at dere har delt ærlig om det arbeidet dere gjør på sykehuset og for at dere har latt meg få et lite innblikk i deres prestehverdag.

En stor takk går til min veileder, Anne, som valgte å ta meg inn under sine vinger. Det har vært et privilegium å bli veiledet av en som er så dyktig og klok som du. Jeg har også vært heldig og fått hjelp av Lars Johan og Elisa i denne prosessen – takk skal dere ha.

Takk til Matilde og Eirik som har tatt dere tid til å lese igjennom denne oppgaven, jeg setter stor pris på det. En takk må også rettes til alle mine medstudenter – dere gjør at jeg gleder meg til å komme til MF om morgenen. Spesielt takk til *empiriens døtre*, Ida Marie og Marie, for et godt metodisk fellesskap i denne prosessen.

Til slutt fortjener dere på hjemmebane en takk. Takk for barnepass, mamma og pappa. Takk for tålmodighet og støtte, Peter. Takk til deg, Henrik, for alle de gode klemmene, gleden du sprer rundt deg og for at du viser meg hver dag at masteren ikke er det viktigste i livet.

Desember 2019

Sammendrag

I dag dør flesteparten av nordmenn på sykehus. Sykehuset blir dermed stedet for pårørendes første avskjed med den som har gått bort. Kulturelt har det vært tradisjon for å ritualisere i forbindelse med dødsfall, og på sykehuset ivaretas denne ritualiseringen hovedsakelig av sykehuspresten. Problemstillingen denne oppgaven forsøker å besvare er følgende: *Hvordan erfarer sykehusprester bruk og betydning av ritualisering etter dødsfall på sykehus?*

Oppgaven bruker en kvalitativ metode, med en abduktiv tilnærming til teori og empiri. Materialet er innhentet ved hjelp av semi-strukturerte intervjuer med seks sykehusprester lokalisert i Stor-Oslo. Av teoretiske perspektiver har jeg hentet teorier fra sjelesorg og religionspsykologi, med hovedvekt på førstnevnte, som også er fagdisiplinen oppgaven skriver seg inn i.

Gjennom analysen fremkom fire hovedfunn, som berører ulike deler av problemstillingen. 1) Jeg fant at ritualiseringsbildet er endret, med flere nyere praksiser som øker i bruk. På bakgrunn av mitt material har jeg oppstilt fem ulike ritualiseringsformer: Syning, bæreandakt, minimalistisk gravferd, avslutning ved seng og ritualisering etter barnedødsfall. 2) Videre fant jeg at sykehusprestens rolleforståelse og egenart preger ritualiseringen. 3) Jeg fant også at ritualiseringen på sykehuset preges av at den blir til i kontekst, i møte med virkelige mennesker og situasjoner. 4) Til slutt fant jeg at sykehusprestene ritualiserte på bakgrunn av ritualer og rituelle praksisers potensielle styrker, men at de også hadde en varhet for at det ikke er noen automatikk i at ritualiseringen skal fungere positivt.

Oppgaven konkluderer med at ritualiseringsbildet på sykehus er endret: rituelle praksiser uten tradisjonell forankring øker og ritualiseringen tilpasses i større grad kontekst og pårørende. Endringen har skjedd som følge av samfunnstrender og sykehuspresten selv. Den sjelesørgeriske forståelsen sykehusprestene bringer med seg og sykehusprestens spagat mellom sykehuset og kirken og psykologi og teologi, setter sitt preg på ritualiseringen i etterkant av dødsfall.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Introduksjon til tema	1
1.2	Problemstilling	2
1.2.1	Definisjoner	2
1.3	Sykehuspresten.....	3
1.4	Faglig plassering	4
1.5	Forskningsoversikt	5
1.6	Oppgavens design og oppbygning	9
2	Teori	9
2.1	Sjelesørgerisk forståelse	10
2.1.1	Et bredt landskap – ulike sjelesorgsretninger.....	10
2.1.2	Terapeutisk sjelesorg.....	12
2.1.3	Hva preger norsk sjelesorg i dag?	14
2.2	Tospråklighet – forholdet mellom psykologi og teologi i praksis	15
2.3	Ritualiseringens funksjon.....	16
2.3.1	Ritualiseringens styrker.....	17
2.3.2	Overgangsriter	18
2.3.3	Ritualisering – utelukkende positivt i en sjelesørgerisk prosess?	19
2.4	Bruk av teori.....	19
3	Metode.....	20
3.1	Kvalitativ metode	20
3.2	Vitenskapsteoretiske plassering	21
3.3	Abduktiv tilnærming	21

3.4	Utvalg	22
3.4.1	Utvalgsstrategi.....	22
3.4.2	Rekruttering av informanter	23
3.4.3	Beskrivelse av utvalget.....	24
3.5	Etiske perspektiver	24
3.6	Det kvalitative forskningsintervjuet	26
3.6.1	Semi-strukturert forskningsintervju	26
3.6.2	Gjennomføring av intervju	27
3.7	Analyse.....	27
3.7.1	Transkribering	27
3.7.1.1	Analyseprosessens teoretiske rammeverk	28
3.7.1.2	Min fremgangsmåte.....	30
3.8	Forskningens kvalitet	31
3.8.1	Refleksivitet	31
3.8.2	Relevans	33
3.8.3	Validitet.....	33
4	Analyse.....	34
4.1	Et endret ritualiseringsbilde	34
4.1.1	Syninger	35
4.1.2	Båreandakt.....	35
4.1.3	Minimalistisk gravferd	36
4.1.4	Avslutning ved seng	37
4.1.5	Ritualisering etter barnedødsfall	37
4.1.6	Et annet samfunn enn før	38
4.1.6.1	Sekularisering og større livssynsmangfold	39
4.1.6.2	Prioriteringer, føringer og mobilitet	39

4.2	Sykehuspresterollens egenart	40
4.2.1	Prest på en annen måte	40
4.2.2	I mellomposisjon - forhandling mellom rollene.....	40
4.2.3	Diakonal vaktmester.....	41
4.2.4	Kompetanse	41
4.3	Ritualisering skapes i kontekst.....	42
4.3.1	Faglige refleksjoner over bruken av ritualisering	42
4.3.1.1	Den andre i fokus	42
4.3.1.2	Splittelse i utvalget i synet på liturgi.....	43
4.3.2	I møte med den andre	44
4.3.2.1	Samtalen som et punkt der sykehuspresten tuner seg inn	44
4.3.2.2	To ulike holdninger til det å spørre om religiøst innhold.....	45
4.3.2.3	Tilpasset språk.....	46
4.3.2.4	Tilgjengelig, men ikke påtrengende	46
4.3.3	Det rituelle innholdet.....	47
4.3.4	Illustrasjon: «Jeg velsigner de døde også».....	47
4.4	Ritualiseringens potensial	48
4.4.1	Ritualiseringen på sykehuset er en del av en større sorgprosess.....	49
4.4.2	Å sanse døden er viktig	49
4.4.3	Det skjer en endring i de pårørende	50
4.4.4	Pårørende hjelpes til å dra fra den avdøde	51
4.4.5	De pårørendes egentlige farvel.....	51
4.4.6	Det kristne ritualets gaver	52
4.5	Oppsummering	53
5	Drøfting	54
5.1	Positive sider og mulige fallgruver ved ritualisering	55

5.2	Sykehusprestens konfident-sensitive sjelesorgsforståelse	57
5.3	Prest i spagaten.....	58
5.3.1	Kirke – sykehus	58
5.3.2	Teologi - psykologi	60
5.4	Oppsamling av tråder	62
6	Konklusjon	62
7	Litteratur.....	64
8	Vedlegg	69
8.1	Vedlegg 1, Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata	69
8.2	Vedlegg 2, Informasjonsskriv	71
8.3	Vedlegg 3, Intervjuguide, opprinnelig versjon.....	73
8.4	Vedlegg 3, Intervjuguide, revidert versjon.....	74

1 Innledning

1.1 Introduksjon til tema

Det er lang tradisjon for å ritualisere i forbindelse med dødsfall i Norge (Aagedal, 1994, Hodne, 1980 og Hovdhaugen, 1981). Det mest vanlige eksempelet vi har er gravferden, men også andre rituelle praksiser knyttet til dødsfall har vært i bruk, for eksempel utsyngingen. Kort fortalt var dette en praksis hvor den avdøde, liggende i en kiste i stuen, ble sunget ut av hjemmet (Hodne, 1980). De fleste hadde ikke råd til å ha presten der, så det var bygdefolket som stilte opp (ibid, s. 92).

Bildet skissert over viser et historisk eksempel på ritualisering, der den rituelle praksisen i stor grad var knyttet til hjemmet og forankret i lokalsamfunnet. I dag ser dette annerledes ut – rammene er endret. De fleste som dør i dag, dør på institusjoner (Sørbye, 1994). På institusjonene er det de ansatte, blant annet sykehuspresten, som står for rutinene og praksisene i forbindelse med dødsfall (ibid). I tillegg er det økt involvering av begravellesbyrå (Tanggard, 1994). Dette fører til at pårørende og lokalmiljøet får en annen rolle enn tidligere.

I tillegg til endrede rammer, har det skjedd en større samfunnsendring hva gjelder befolkningens forhold til religion. Det har skjedd et skifte mot et mer pluralistisk og mindre monoreligiøst samfunn (Schmidt, 2010a). I Oslo, som er geografisk sentrum for min forskning, er dette særlig tydelig (Botvar, Repstad & Aagedal, 2010, s. 58). Ifølge statistisk sentralbyrå er 48,7% av byens befolkning medlem av Den norske kirke (Dnk), mens 21,8% tilhører andre religioner og livssyn (Grung & Bråten, 2019, s. 73). Antallet «nones», altså mennesker uten tilknytning til en tro eller livssynsorganisasjon, øker i Norge (Danbolt, 2019, s. 2). Sistnevnte gruppe kan vise til ikke-troende, men også til troende mennesker uten tilhørighet til etablert religion. Denne økte privatiserte religiøsiteten viser til en form for sakralisering, hvor nye og mer individuelle trosformer stadig kommer til (Botvar, 2010, s. 23-24). Man kan videre si at det norske samfunn i økende grad sekulariseres. Dette baserer jeg på en definisjon hvor sekularisering forstås som at religionen får mindre oppslutning og innflytelse, i tillegg til at religionen privatiseres og trekkes tilbake fra offentligheten (José Casanovas i Schmidt, 2010b, s. 197).

På bakgrunn av endringene i samfunnet er det interessant å se nærmere på hvordan ritualisering i forbindelse med dødsfall faktisk brukes på sykehus i dag, og det er en av motivasjonene mine bak denne oppgaven. Jeg startet forskningen med et ønske om å se nærmere på bæreandaktsritualet, et ritual jeg fikk kjennskap til gjennom teologistudiets institusjonspraksis og som jeg visste at noen sykehusprester bruker. Etter hvert som forskningen utviklet seg viste det seg hensiktsmessig å utvide til også andre former for ritualiseringer og praksiser som ledes eller fasiliteres av sykehusprestene i anledning dødsfall. Andre former for ritualisering var det sykehusprestene selv som gjorde meg oppmerksom på.

Jeg ønsker å se både på hvilke praksiser sykehusprestene bruker, hvordan de bruker dem og hvilke erfaringer og tanker de har om denne delen av deres tjeneste.

1.2 Problemstilling

Basert på mitt interessefelt har jeg formulert følgende overordnede problemstilling:

Hvordan erfarer sykehusprester bruk og betydning av ritualisering etter dødsfall på sykehus?

Jeg har gått inn i forskning med et ønske om å belyse følgende tre underproblemstillinger:

- a) Hva karakteriserer ritualisering etter dødsfall i regi av sykehuspresten?
- b) Hvordan blir denne ritualiseringen til?
- c) Hvordan fungerer denne ritualiseringen?

1.2.1 Definisjoner

Ritualisering forstås i denne oppgaven som «symbolsk adferd som gjøres for å skape mening» (Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2013, s. 15). Begrepet *symbol*, som inngår i definisjonen, kan forstås som et tegn som er tillagt verdi eller bærer av mening (ibid). Som jeg har vært inne på, har jeg valgt å inkludere de ulike praksiser som sykehusprestene beskrev at de håndterte i forbindelse med dødsfall. Beslutningen om å gjøre det kan problematiseres, fordi en av praksisene, syning, i sin reneste form (komme, se den avdøde og gå igjen), er vanskelig å plassere innenfor denne definisjonen, da den mangler det symbolske aspektet. Når jeg likevel har valgt å inkludere syning, er det fordi syning noen ganger inneholder rituelle elementer: for eksempel når noen tenner lys, bærer frem objekter til den døde, presten lyser velsignelsen osv.

I tillegg får syningspraksisen frem at det finnes ulike grader av ritualisering, fra tunge ritualiseringer med kollektivt symbolsk innhold til enkle ritualiseringer med individuelt symbolsk innhold. For å tydeliggjøre de ulike praksisene har jeg valgt å variere mellom ytterligere to begrep: *ritual* og *rituell praksis*. Førstnevnte begrep, *ritual*, henviser til en ritualisering hvor det foreligger en tekst eller en retningslinje som benyttes for å uttrykke noe symbolsk (Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2017, s. 355). Dette bruker jeg for eksempel om bæreandakten, som følger en form for liturgi. *Rituell praksis* benyttes når jeg beskriver andre former for ritualisering, sånn som individuelt tilpassede ritualer og syninger med ulik grad av rituell innhold. *Ritualisering* fungerer som et samlebegrep mellom de to og brukes også for å gjøre språket mer variert. Det overnevnte skille mellom ritual og rituell praksis, samt ritualisering bruker ikke mine informanter – de ser ut til å bruke begrepene synonymt. Det samme bærer også teorien jeg bruker preg av.

Sykehusprest kan defineres på bakgrunn av det engelske chaplain-begrepet: «En sykehusprest er en ansatt, profesjonell person som arbeider med spirituelle og eksistensielle utfordringer på institusjoner, sånn som sykehus [...]»(min oversettelse)(Stifoss-Hanssen, Danbolt & Frøkendal, 2019, s. 61) Denne definisjonen sier noe om kjerneområdet for arbeidet til sykehuspresten, og peker på konteksten vedkommende arbeider innenfor.

1.3 Sykehuspresten

For å få innsikt i ritualiseringsbruken på sykehuset har jeg valgt å intervju sykehusprester. Jeg vil innledningsvis gi en kort beskrivelse av noen av sykehusprestens rammer.

I Norge er det slik at sykehusprestene ansettes av sykehuset, og deres arbeid finansieres av offentlige midler (Stifoss-Hanssen et. al., 2019, s. 61). I de fleste tilfeller er sykehusprestene ordinert til tjeneste i Dnk (ibid). På denne måten står sykehusprestene med ett ben i hver leir; helsevesenet og kirken. Dette gir dem en form for mellom-posisjon. Det finnes heller ingen overordnet struktur som organiserer institusjonsprestene i Norge, noe man for eksempel finner i Sverige og Finland (ibid). En komite som settes hvert tredje år av Presteforeningen for å se på kvaliteten til tjenesten, er det nærmeste vi kommer en organisering (ibid).

Sykehusprest-tjenesten er videre preget av profesjonalisering, i form av krav til ytterligere utdanning utover grunnutdanningen som prest. I de fleste tilfeller kreves det at sykehuspresten skal ha tatt videreutdanning, slik som Pastoralklinisk utdanning (PKU)¹, eller at slik utdanning påbegynnes når vedkommende starter i jobben (Stifoss-Hanssen et. al., 2019, s. 66).

1.4 Faglig plassering

Overordnet skriver denne oppgaven seg inn i den praktiske teologien. Praktisk teologi kan forstås både som et akademisk fagfelt og som de faktiske, praktisk-teologiske praksisene og trosuttrykkene som lever i religiøse samfunn (Miller-McLemore & Mercer, 2016). Det akademiske fagfeltet har som interessefelt nettopp den sistnevnte praktiske teologien, noe som kommer frem i Eberhard Harbsmeier og Hans Raun Iversens definisjon av praktisk teologi: «læren om kristendommens livsytringer og kirkens kommunikasjonsformer i gudstjeneste, forkynnelse, undervisning, sjelesorg, diakoni, misjon og menighetsliv i det aktuelle samfunnet»(min oversettelse)(1995). Sykehuspresten, i lys av sin ordinasjon, må sies å stå i sammenheng med kirken og kristendommen. Følgelig er ritualiseringen som skjer på sykehuset i regi av sykehuspresten en praksis som faller inn under denne definisjonen. Denne akademiske fagdisiplinen har det i senere år vært preget av en empirisk vending (Kaufmann, 2016). Don Browning har stått i spissen for dette skiftet, og har tatt til ordet for den praktiske siden ved teologien – og fremhevet at teologi må starte i praksis, ikke i teori (1991). Jeg plasserer meg i denne tradisjonen.

Mer konkret befinner denne oppgaven seg i sjelesorgsfaget. Begrepet *sjelesorg* kan defineres på ulikt vis, og Tor Johan Grevbo (2006, s. 470) deler opp begrepet i to basert på den latinske betegnelsen *cura animarum* som betyr omsorg eller kur for sjelene. Dette begrepet kan deles inn i blant annet *specialis* og *generalis* – som viser til den konkrete sjelesorgssamtalen og til de sjelesørgeriske elementer i alle kirkens livsytringer (Grevbo, 2006, s. 470; 2018, s. 14). Ritualisering kan sies å høre til innenfor begge disse definisjonene, enten som et redskap sjelesørgeren kan ta i bruk i rammen av sjelesorgssamtalen eller i forlengelse av denne eller som en sjelesorgspraksis på linje med samtalen.

¹ Se <https://www.mf.no/kom/kompetanse-inspirasjon-til-videre-tjeneste/pastoralklinisk-utdanning-pku> for mer

Hovedvekten av min teori er hentet fra sjelesorgsfaget, men det er også hentet perspektiver fra religionspsykologi og sosiologi/sosialantropologi der disse har kunnet belyse mitt material på en fruktbar måte. Selv om det også kunne vært relevant å benytte meg av perspektiver fra liturgikk og ritestudier, har jeg valgt å avgrense meg mot dette på bakgrunn av oppgavens begrensede omfang.

1.5 Forskningsoversikt

I forsøket på å danne en oversikt over forskningsfeltet har jeg gjort søk i flere databaser². Det viste seg at det var gjort mye forskning på ritualisering fra ulike hold, men at søkene var mer begrenset når jeg forsøkte å snevre de inn mot det som har særlig relevans for denne oppgaven. Jeg tar høyde for at jeg kan ha oversett noe. I denne forskningsoversikten vil jeg presentere forskningen jeg har funnet som ligger tettest opp mot min studie. Jeg har valgt å se særlig på forskning som tar for seg a) ritualisering etter dødsfall, og som omhandler b) sykehusprester. Fordi min studie er empirisk basert, har jeg i denne forskningsoversikten valgt å holde fokuset i det empiriske forskningslandskapet. Annen forskning utført på feltet har jeg plassert i teorikapittelet.

a) Av internasjonal forskning kan det nevnes at Carin Åblad Lundström (2010) har gjort en studie på ritualisering etter spedbarnsdødsfall i svensk kontekst. I denne forskningen ser hun på ritualers funksjon for de pårørende, og har blant annet funnet at religiøse ritualer, som begravelser og forberedelsene til denne, har en funksjon ved at de skaper struktur (ibid, s. 228).

Fra norsk hold har det vært gjort forskning på katastroferitualisering, altså ritualiseringen som skjer i etterkant av dødsfall knyttet til katastrofer, ulykker eller terror. Lars Johan Danbolt og Hans Stifoss-Hanssen (2007) har stått i spissen for denne forskningen. Gjennom deres forskning blir det tydelig at pårørende i etterkant av katastrofer har høyt emosjonelt trykk og en impuls til å ritualisere. Forskerne synes å se at impulsen til å ritualisere forsterket seg i takt med det

² Søk foretatt i Google Scholar og ATLAS religion i april 2019 med bibliotekar. Søk gjentatt på egenhånd november 2019.

Søkeord: «death rites», «death rituals», «death hospital ritual», «wake/virgil», samt skandinaviske søkeord som «utfärdsbön», «utsynging», «visning», «syning» og «båreandakt». Noen mer overordnede søke på «ritualization/ritualisering», «ritual», og «hospital chaplain/sykehusprest» er også gjort, da også forsøkt koblet mot «death», «mourning» eller «bereaved».

emosjonelle trykket (Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2007, s. 189). Videre fant de at ritualet de så nærmere på, minnegudstjenesten, var et ritual som var tilpasset den aktuelle situasjonen - det var en ritualisering over en hendelse (ibid, s. 196). Dannelsen av ritualene fant de at ble laget nedenfra, og selv om prestene så til liturgien for innspill mente de at denne i for stor grad var preget av et ovenfra-perspektiv (ibid, s. 196). Prestenes kompetanse og evne til å lese situasjonen trekkes frem som et premiss for slik ritualisering (ibid, s.196). Når det gjelder funksjonen til ritualet fant de at ritualet rettet fokuset fra hendelsen til begravelsen, samt hjalp de pårørende å tolke situasjonen. (ibud, s. 199). Selv om min studie skiller seg fra denne forskningen på noen vesentlige punktet³, legger den likevel et viktig grunnlag for min oppgave. Danbolt og Stifoss-Hanssen (2007, s. 74) mener at «kunnskap om ekstreme situasjoner kan ha overføringsverdi til mer ordinære hendelser og dermed gi økt innsikt i forhold til bruk av ritualer [...] i mer private sammenhenger.»

På et tidligere tidspunkt utførte Danbolt (1998) en kvantitativ studie av ritualisering i mer private sammenhenger. I forskningsprosjektet fra 1990-tallet ønsket han å se nærmere på sammenhengen mellom hvordan etterlatte gjennomlever begravelsesuka og sorgens forløp (Danbolt, 1998, 2002). Dette ble gjort igjennom en spørreundersøkelse på to ulike tidspunkt, kort tid etter begravelse og ett år etter dødsfallet (ibid). Etterlatte ble blant annet bedt om å oppgi deres bruk av fire former for avskjedshandlinger i uka mellom dødsfall og begravelse, hvor «så den døde» og «båreandakt/utsynging» var blant alternativene (ibid). Disse to praksisene er ofte knyttet til sykehusprestens tjeneste, noe som gjør denne studien relevant for min oppgave. Et viktig funn i dette forskningsprosjektet var negativ sammenheng mellom sørgeadferd⁴ i begravelsesuka og senere angst og tapsrelatert erfaring (Danbolt, 2002, s. 48). Ingen av avskjedshhandlingene hadde avgjørende betydning, men det var helheten i sørgeadferden som var utslagsgivende (ibid, s. 61). Der det var mer dramatiske dødsfall var det større bruk av avskjedshandlinger, noe som spilte positivt inn på hvordan de opplevde begravelsen, samt sorgintensiteten i etterkant (ibid, s. 47, 51 og 55). Denne studien gir et innblikk i sammenhengen mellom bruk av avskjedshandlinger og senere sorg hos den sørgende basert på talldata, men den får ikke tak i erfaringene til de som forvalter avskjedshhandlingene.

³ Min studie omhandler andre rituelle handlinger, har ikke fokus på offentlig eller brå dødsfall, samt befinner seg i en annen kontekst

⁴ Sørgeadferden knytter seg til bruk av avskjedshhandlingene, samt byråets involvering. Se Danbolt, 2002, s. 48 for nærmere beskrivelse

b) Det er gjort en del forskning på hospital chaplaincy internasjonalt. Et bidrag inn i den sammenhengen kommer fra MarieAnne Ekedahl som har forsket på svenske sykehusprester og deres evne til å håndtere stresset som følger av arbeid på et eksistensielt plan (2004). Hun har funnet at det religiøse så vel som ikke religiøse mestringsstrategier (*coping strategies*) spiller inn (Ekedahl, 2004). Ekedahls forskning går litt på siden av det jeg ser på i denne oppgaven, men forteller at sykehusprestens religiøsitet betyr noe for deres arbeid, noe som kan vise seg relevant for min oppgave.

Videre har Ole Raakjær forsket på sykehusprester i Danmark, og deres tenkning, tro og praksis i en terapeutisk kultur (2018). Raakjær (2018, s. 7) har funnet at den terapeutiske kulturen ikke gjør sykehusprestene til «semi-terapeuter», men gjør deres spesielle profil mer tydelig. Et viktig funn i den anledning er at psykologien arbeider i teologiens tjeneste (ibid, s. 359). Sykehusprestene lever ut en teologi som manøvrerer etter pasientens følelser og well-being, preget av terapeutisk tankegang (ibid, s. 358). Samtidig påpeker Raakjær (2018) at det finnes normer i kristendommen som også kan underbygge slik praksis. Mer overordnet skriver Raakjær at informantene hans ser på seg selv som «odd persons», litt på kanten av systemet (ibid, s. 363). Dette kan også sees i lys av at de ikke er ansatt av sykehuset, ulikt det som er tilfelle i Norge (Thomsen, Hvidt & Søndergaard, 2019 og Stifoss-Hanssen et. al., 2019). Når denne studien likevel er relevant for min oppgave, er dette fordi den danske konteksten ellers har likhetstrekk med den norske⁵ og sier noe om hvordan sykehuspresten fungerer innenfor en terapeutisk kultur.

Størsteparten av forskningen på hospital chaplaincy knytter seg til sykehusprestens rolleforståelse. Et eksempel er forskningen til James Woodward (1999) som har undersøkt engelske sykehuspresters forståelse og håndtering av sin rolle. Woodward fant at sykehusprestene står i et spenn mellom kirken og helsevesenet, og at sykehusprestene forsøker å løse dette igjennom å være imøtekommende overfor de forventningene andre har til dem (ibid). Et år senere kom forskningen til Helen Orchards (2000). Hun forsket på sykehusprestenes kompetanse og fant at den var utydelig. I tillegg fant hun at sykehusprestene

⁵ Likhetstrekk: majoritetskirker som størsteparten av befolkning er medlem av og økende pluralisering (Danbolt, 2019). Se Thomsen et. al. (2019) for mer om dansk kontekst.

opplever en form for identitetskrise i møte med endringen i samfunnet fra religion til spiritualitet (2000). I en studie av skotske sykehusprester fra 2005, blir også samfunnsendringen trukket frem (Mowat, Swinton, Guest & Grant, 2005). Forskerne fant at sykehusprestene ser på seg selv som personer som skal ivareta spirituelle behov, fremfor religiøse (Swinton & Mowat, 2016, s. 173). De fant også at teologien deres er «needs-led», altså ledes av behovene til den personen de har med å gjøre (ibid, s. 178). Sykehusprestene begrunner sin handlemåte i det kristne, ved at de opptrår «Christ-like» (ibid, s. 178). Dette problematiserer forskerne, ettersom Kristus opptrer på ulike måter i Bibelen (forkynnende, refsende, profetisk, helbredende osv.), og hevdet at de er preget vel så mye av sekulær humanisme (ibid, s. 178).

I norsk kontekst har Beret Bråten gjort en studie av sykehusprester for å få tak i deres rolleforståelse, da særlig med tanke på tro, og kirkelig posisjon sett i sammenheng med deres stilling i helsevesenet (Grung & Bråten, 2019). Hun fant at sykehuspresten definerer seg som en sykehusansatt med en spesialisert oppgave, en som kan fungere som en motkultur ved behov (ibid, s.77). Sykehusprestene plasserer seg både innenfor og utenfor sykehuset som institusjon, fordi de er ansatte, men samtidig har en annen rolle (ibid, s. 77). Den praktisk kliniske kompetanse var noe som sykehusprestene fremhever, mens den religiøse identiteten og tilhørigheten toner de ned (ibid, s. 78) Sykehusprestens rolleforståelse er noe som også er relevant i min studie, og mye av det Bråten fant kan mine funn støtte opp under. I min oppgave bruker jeg funnene knyttet til rolleforståelse til å belyse ritualisering på sykehus.

Mye av forskningen som er gjort på sykehusprester bygger på og utfyller hverandre. Hvert enkelt bidrag belyser forholdene i ulike kontekster og/eller har ulike vinklinger. I denne avhandlingen ønsker jeg å bygge videre på eksisterende forskning på området, og noen av funnene mine vil fungere som en forlengelse av tidligere studiers resultater. Flere av studiene ovenfor viser endring i samfunnet og forholdet til religion som preger sykehuspresten i deres arbeid. Jeg vil se nærmere på hvordan dette knytter seg mer direkte til sykehusprestens ritualiseringspraksis, noe som det, etter min viten, ikke er gjort noe forskning på.

1.6 Oppgavens design og oppbygning

Oppgavens problemstilling vil søkes besvart ved hjelp av materialet jeg har innhentet igjennom kvalitative intervjuer med 6 sykehusprester. Min metodiske valg vil bli nærmere utdypet i oppgavens metodedel (kapittel 3). I kapittel 2 har jeg valgt å presentere teori som jeg mener er med på å belyse mitt material. Materialet vil bli presentert empirinært i oppgavens analysedel (kapittel 4). I drøftingen (kapittel 5) vil jeg bruke teori fra teorikapittelet, samt perspektiver fra tidligere forskning, og knytte dette opp mot mine empiriske funn. Oppgaven avsluttes med en konklusjon hvor problemstillingens gjenopptas, og jeg ser hvordan denne har blitt besvart gjennom analyse og drøfting.

2 Teori

I dette kapittelet vil jeg gjennomgå et utvalg teoretiske perspektiver. Jeg har en bred forståelse av teori, en forståelse som bygger Geir Afdals definisjon: «mer eller mindre systematiske og koherente fremstillinger av et fenomen eller fenomensystem» (min oversettelse)(2010, s. 10). Definisjonen åpner opp for ulike nivåer av abstraksjon, med varierende grad av systematikk og koherenes. Store teorier eller paradigmer kan inngå, og det samme kan fremstillinger av empirinære funn (Bryman, 2016). Mine teorier representerer et viss spenn, selv om de store teoriene uteblir. De teoretiske perspektivene som presenteres i dette kapittelet har blitt valgt i møte med materialet mitt⁶. Andre teorier, for eksempel sorgteorier, kunne også vært inkludert på bakgrunn av mitt material. Når slike teorier likevel er utelatt, handler dette om et ønske om å sette fokuset på sykehuspresten fremfor de pårørende, noe som svarer til oppgavens problemstilling.

Teoriene som presenteres i dette kapittelet har ulike funksjoner. To av teoriene jeg har valgt inneholder typologier for å beskrive henholdsvis ulike sjelesorgsforståelser og ulike måter å forholde seg til fagdisipliner på (Grevbo, 2006 og Doehring, 2015). Avsnittet om hva som preger norsk sjelesorg i dag (punkt 2.1.3) er teori på et lavere abstraksjonsnivå, fundert i empirisk data (Grung, Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2016). Videre bruker jeg Danbolt og Stifoss-Hanssens (2014) fremstilling av ritualisering som baserer seg dels på egen empirisk forskning og dels på tidligere teoretisk forskning gjort på feltet innen sosiologi, sosialantropologi og

⁶ Dette vil jeg komme tilbake til i metodekapittelet.

religionspsykologi. Jeg har valgt å bruke denne fremstillingen fordi den får tak i en bredde av potensielle funksjoner ved ritualisering. Jeg har valgt å utfylle dette med et teoretisk bidrag fra Danbolt og Stålsett (2018) som også gir uttrykk for negative konsekvenser av ritualiseringsbruk.

2.1 Sjelesørgerisk forståelse

Flere av mine informanter fortalte at de brukte «sjelesørgerisk skjønn» i møte med pårørende. Termen indikerer at det ligger en sjelesørgerisk forståelse og identitet bak deres arbeid. Det er imidlertid ikke slik at det kun finnes én sjelesorgsretning som preger sjelesørgere i dag (Grevbo, 2006). Innledningsvis i teorikapittelet vil jeg gjøre rede for ulike forståelser av sjelesorg. Deretter vil jeg se nærmere på sjelesorgstradisjon som PKU, som de fleste sykehusprester har tatt, bygger på – den partnersentrerte eller terapeutiske sjelesorgen.

Før jeg går i gang må det presiseres hvordan jeg forstår begrepet sjelesorg. Jeg legger til grunn at sjelesorg både kan forstås generelt og allment, jf. punkt 1.4, men jeg vil definere det ytterligere til å bety «å ledsage et menneske (eller flere) et stykke av livsveien i lys av Guds ord for å oppmuntre til å leve og til å tro» (Grevbo, 2006, s. 508). Med sjelesørger menes personen som ledsager, mens konfident brukes om personen som kommer til eller som er mottaker av sjelesorg.

2.1.1 Et bredt landskap – ulike sjelesorgsretninger

I Tor Johan Sørensen Grevbos (2006) bok *Sjelesorgens vei* skisserer han opp åtte hovedretninger som han mener er synlig i internasjonal sjelesorg, spesielt fra protestantisk hold. Han påpeker at disse hovedretningene viser vel så mye til sjelesørgeriske anliggender som til tidsbunnede konsepter, og mener selv at hver av disse har noe å tilføre sjelesorgen (Grevbo, 2006, s. 303 og 205). Jeg vil ikke gi en fullstendig oversikt over disse hovedretningene, men kort feste noen ord til hver av dem med fokus på hovedtrekk:

1) *Budskapsformidlende* eller *kerygmatiske sjelesorg* er sjelesorg som vektlegger forkynnelse av Guds åpenbaring for enkeltmennesket (Grevbo, 2006). Teologien står sterkere enn psykologien i denne tradisjonen og finner sin basis i den dialektiske teologien etter blant andre Karl Barth

(ibid, s. 308 og 312). Sjelesorgens anliggende er absolusjonen (ibid). Den kerygmatiske sjelesorgsforståelse preget Europa på 1900-tallet i stor grad, men også i dag finnes det fornyede utgaver av denne formen for sjelesorg som har bevart sentrale elementer – særlig internasjonalt (ibid, s. 308 og 312).

2) *Bibelbasert* eller *evangelikal sjelesorg* har sin praksis fundert i bibelske sannheter og normer, og da gjerne en bokstavtro forståelse av disse (Grevbo, 2006, s. 316). I motsetning til den kerygmatiske sjelesorgretningen, er det ikke lenger forkynnelsen av syndstilgivelsen som står i fokus, men et bredere bibelsk budskap (ibid). Sjelesørgernes personlige engasjementet springer ut av det bibelske material, og får sterk vektlegging i denne sjelesorgsretningen (ibid).

3) *Utrustningsorientert* eller *karismatisk sjelesorg* legger stor vekt på åndstrustningen og nådegaven til sjelesørgeren (Grevbo, 2006, s. 324). I denne sjelesorgretningen får bønn om helbredelse og profeti plass, men også andre praksiser som åndeutdrivelser (ibid).

4) *Fordypende* eller *spiritual sjelesorg* setter fokus på åndelig eller spirituell medvandring (Grevbo, 2006, s. 332). Det vil være naturlig innenfor denne sjelesorgsretningen å forstå Gud som tilstedeværende i alt menneskelig, og tenke at mennesket kan komme i kontakt med Gud (ibid). Bønn og meditasjon er gjerne redskaper som tas i bruk (ibid).

5) *Menighetsfundert* eller *ekkesial sjelesorg* har forankring i kirken (Grevbo, 2006, s. 342). Denne sjelesorgsretningen forstår sjelesorg som omsorg som skjer på vegne av kirken (ibid). Sjelesorgen sees på som noe generelt, altså noe som preger alt av kirkelig aktivitet, også den spesielle sjelesorgen – samtalen (ibid). Innenfor denne sjelesorgsretningen fremholdes de spesifikke midlene sjelesørgeren har til disposisjon som skiller sjelesorgen fra terapien, som for eksempel bønn, Bibel, ritualer o.l. (ibid). Dette er imidlertid ikke til hinder for at denne formen for sjelesorg tar imot innspill fra andre faglige disipliner (ibid).

6) *Dybdepsykologisk* eller *analytisk sjelesorg* bruker samtalen til bevisstgjørelse og selvoppdagelse (Grevbo, 2006, s. 351). Den sjelesorgsretningen er sterkt preget av psykologi og psykologiske profilers arbeid (ibid). Psykologien preger også arbeidsmetoden til sjelesørgere med en slik sjelesorgsforståelse (ibid).

7) *Partnersentert* eller *terapeutisk sjelesorg* vektlegger psykologifaget, og har fokus på at sjelesorg skal være hjelp til selvhjelp (Grevbo, 2006, s. 367). Sjelesørgeren skal, med en profesjonell tilnærming, assistere medmennesker til å hjelpe seg selv (ibid). Samtaleklimaet vil være av stor betydning for en sjelesørger som befinner seg innenfor denne sjelesorgsretningen, og målet er at det skal skje en helsebringende selvrealisering hos konfidenten (ibid, s. 384).

8) I *samfunnsrettet* eller *sosio-politisk sjelesorg* er målet er å sette mennesker fri fra og forandre forhold i det ytre som hemmer livsutfoldelse (Grevbo, 2006, s. 386). Denne formen for sjelesorg er preget av politisk teologi, som for eksempel frigjøringssteologien (ibid, s. 391). Forståelse fra sjelesørgerens side er ikke nok, vedkommende bør ta parti og arbeide for forandring (ibid).

2.1.2 Terapeutisk sjelesorg

I det følgende vil jeg utdype aspekter ved den syvende sjelesorgsretningen i Grevbos modell: partnersentrert eller terapeutisk sjelesorg (heretter omtalt som terapeutisk sjelesorg). Jeg vil redegjøre for tre hovedimpulser som har preget denne sjelesorgsretningen, ifølge Grevbo, hvorav hver av disse kan kobles til konkrete personer: Anton T. Boisen, Paul Tillich og Carl R. Rogers (Grevbo, 2006, s. 368).

Boisen er grunnleggeren av CPE-bevegelsen (Clinical Pastoral Education), som i dag har en egen norsk gren – PKU (ibid, s. 368). Boisen selv hadde psykiske utfordringer i sin ungdom, og begynte, etter å ha tatt presteutdannelsen, å arbeide som prest ved et psykiatrisk sykehus (ibid). Han ønsket å forbedre den sjelesørgeriske kompetansen til prester, og mente at man kan lære av det lidende mennesket som er som «et levende dokument» som kan studeres (ibid, s. 369). I 1925 ble den første kliniske utdannelsen åpnet for teologistudenter i USA, og fem år senere ble Clinical Training of Theological Students opprettet – blant annet som et resultat av Boisens innsats og engasjement på området (ibid, s. 368-369). Det skjedde imidlertid en splittelse i bevegelsen, fordi flere av de ledende personene hadde ulikt syn på mentale lidelser og hvorvidt konfidenter kan bli fri fra disse (ibid). Dette førte til ulike organisasjoner (ibid). I 1967 ble bevegelsen nok en gang samlet, da under navnet Assosiation for Clinical Pastoral Education (ACPE) (ibid).

Hvor teologien får plass i dette bildet er et spørsmål som gjerne stilles i møte med denne sjelesorgsretningen (ibid, s. 370). En som har hatt teologisk innflytelse innenfor denne sjelesorgsretningen er filosofen og teologen Tillich (ibid). Han utarbeidet en teologi som vektlegger kristendommen som det moderne menneskets vei ut av splittelsen mellom Gud og mennesket (Grevbo, 2006, s. 373). Tillich introduserte en korrelasjonsmetode som ville vise at det finnes en korrelasjon mellom menneskenes eksistensielle behov og Guds svar på dette (ibid). På denne måten synes sjelesorgen å være forankret i en overordnet teologisk tanke, selv om denne ikke er så dyptgående, ifølge Grevbo (ibid). Dette er en generell kritikk Grevbo retter mot den terapeutiske sjelesorgen, som han mener besitter et «teologisk, kirkelig og etisk underskudd» (ibid, s. 382).

Den siste personen som kan sies å ha hatt stor innvirkning på terapeutisk sjelesorg er den humanistisk-eksistensielle psykologen Rogers (Grevbo, 2006, s. 374). Han vokste opp i et strengt og autoritært religiøst hjem, og måtte på et tidspunkt frigjøre seg fra dette (ibid). Rogers utarbeidet en psykologisk metode som vektla hjelp til selvhjelp på klientens egne premisser (ibid, s. 375). Han brakte tre viktige verdier på banen: respekt, empati og kongruens (ibid). Selv om Rogers selv etter hvert tok avstand fra det kirkelige, ble mye av hans tankegods ført videre i sjelesørgerisk tradisjon (ibid). Dette har å gjøre med at flere opplevde verdiene han fremmet som forenlige med det de selv fant i evangeliene, og fordi den partnersentrerte metoden hans var noe sjelesorgsbevegelsen ønsket å holde på (ibid, s. 376). I tillegg viste Rogers metode seg å være effektiv i møte med konfidenter som kom fra religiøse bakgrunner lik hans egen, en konfidentgruppe som ikke var uvanlig å møte på (ibid). Imidlertid var det også deler av Rogers arbeid som ikke var like forenlig med sjelesorgsbevegelsens profil - for eksempel det sterkt optimistiske menneskesynet (ibid).

Samlet sett utgjør de tre impulsene skissert ovenfor det Grevbo (2006) kaller en terapeutisk tilnærming til sjelesorg. Navnet til denne retningen forstås igjennom fokuset på terapeutiske modeller og psykologiens faglige blikk. Også det overordnede målet som vi finner i terapien gjennomsyrrer dennes sjelesorgsretningen, nemlig helse (Grevbo, 2006, s. 380). Dette er med på å gjøre den terapeutiske sjelesorgen mer forenlig med moderne tenkning i samfunnet ellers, noe som kan være en av grunnene for hvorfor denne sjelesorgsretningen har fått så stor

oppslutning (ibid). Man kan imidlertid spørre seg om sjelesorgens pastorale aspekt kommer litt i bakgrunnen. Ifølge den amerikanske professoren i teologi Rodney J. Hunter, blir det pastorale i denne formen for sjelesorg overlatt litt til den enkelte sjelesørger (Rodney, 1995 i Grevbo, 2006, s. 381). Samtidig er det en del av bildet at sjelesørgere med PKU-bakgrunn har tatt en praksisrettet utdanning med etterfølgende teoretisk refleksjon og veiledning, som i Norge gir uttrykk for en klar teologisk bevissthet (Grevbo, 2006, s. 378).

2.1.3 Hva preger norsk sjelesorg i dag?

Den terapeutiske sjelesorgen som er presentert ovenfor har vokst frem i en amerikansk kontekst. Sjelesorgsretningen har preget CPE-bevegelsen, og følgelig også PKU i Norge, selv om denne er tilpasset til norske forhold (Grevbo, 2006, s. 370). I senere år er det gjort forskning på hva som kjennetegner sjelesorg i Norge (Grung et. al., 2016). Denne forskningen baserer seg på det prester og diakoner som arbeider i lokalmenigheter trekker frem, altså ikke sykehusprester. Det som fremkommer vil likevel kunne være relevant for min studie, og vil derfor bli gjort rede for her og senere drøftes opp mot mine funn.

Noe forskerne fant etter å ha gjennomgått et betydelig material⁷, var at diakonene og prestene har en konfidentsentrert forståelse av sjelesorg (Stifoss-Hanssen, Grung, Austad & Danbolt, 2019, s. 84). Fokuset til diakonene og prestene er å møte konfidentens behov sånn som de kommer til syne i den aktuelle samtalen (ibid). Dette gjør for eksempel utslag i valg av tema. Uavhengig av hva som tematiseres, liv eller tro, tolker sjelesørgerne samtalen inn i en kristenteologisk ramme. Det ligger således en slags kristen motivasjon bak, da de tenker at sjelesorgen er en kirkelig praksis som skaper fellesskap, håp og følelse av guds nærvær (ibid). Men mer overordnet sees sjelesorgen, ifølge Stifoss-Hanssen et al., på som en hjelpende eller diakonal praksis (ibid, s.76).

Et annet funn som er interessant fra denne forskningen er at informantene, særlig prestene, ser på samtaler i forbindelse med kausalia, altså kirkelige handlinger som for eksempel dåp, vielse og begravelse, som sjelesorg (Grung et. al., 2016, s. 13). Altså er sjelesorg noe som skjer i forbindelse med ritualisering, gjennom samtale før og/eller etter ritualiseringen.

⁷ 396 svar på de kvalitative spørsmålene i Questback-undersøkelsen (Stifoss-Hanssen, 2019, s. 82)

2.2 Tospråklighet – forholdet mellom psykologi og teologi i praksis

Som vi har sett igjennom presentasjonen av Grevbos åtte sjelesorgsretninger, er psykologi en fagdisiplin som sjelesørgere forholder seg til på ulikt vis. Noen inkorporerer psykologien og dens metode mye, mens andre tar avstand fra den. Dette er noe Carrie Doehring (2015) har gått dypere inn i, og hun har skrevet en artikkel om hvordan *pastoral counselors*⁸ (heretter sjelesørger) forholder seg til sin faglighet som både består av teologisk/religiøs kompetanse og terapeutisk kompetanse. Etter å ha vist til en utvikling der psykologien får stadig større gjennomslag, beskrives sjelesørgere i dag som tospråklige eller tokulturelle, fordi de har med seg faglighet fra begge felt inn i sitt arbeid (Doehring, 2015). Hun spør ikke *om* de forholder seg til begge fagligheter, men *hvordan* (ibid). Hvordan påvirker deres måte å forholde seg til disiplinene på arbeidet deres? Hun peker på manglende diskusjon rundt dette, og hevder at mye læres gjennom eksempel og ikke gjennom refleksjon (ibid). Med bakgrunn i dette har Doehring laget en fremstilling hvor hun skisserer opp tre metoder for interdisiplinær integrasjon: den fundamentale, den dialogiske og den postmoderne eller liberative (heretter postmoderne) (ibid).

Den fundamentale metoden har et felles grunnleggende religiøst verdensbilde i bunn som kan beskrives som evangelikal kristendom eller teistisme (Doehring, 2015, s. 89). Med dette ligger det til grunn en grunnleggende tanke om at Gud kan gripe inn i enkeltmenneskers liv og bidra til endring, mestring og helbredelse (Richards & Bergin, 2005 i Doehring, 2015, s. 94). Innenfor den fundamentale metoden kan psykologien benyttes så fremt den ikke står i konflikt med den teologiske grunntanken (Doehring, 2015, s. 94-95). Innenfor denne metoden vil følgelig det religiøse eller teologiske få forkjørsrett dersom det oppstår konflikt mellom perspektiver eller midler fra de ulike fagfeltene.

Videre beskriver Doehring (2015) en dialogisk metode som kjennetegnes av at relevant kunnskap fra ulike fagfelt går i dialog, uten at det søkes å finne en felles grunntanke. Det er en korrelasjon mellom fagfeltene, hvor begge kan benyttes i møte med mennesker og der ingen i utgangspunktet har forkjørsrett (ibid). En sjelesørger som benytter seg av en slik metode, vil

⁸ Med *pastoral counselor* menes en prest eller annen religiøs leder som arbeider med mental helse enten i spesialtjeneste sånn som helsevesenet eller i kirke (Snodgrass, 2015)

vite at religion og spiritualitet i seg selv ikke er godt eller ondt, men noe som kan være en ressurs eller en byrde avhengig av hvilken form den tar (ibid). Dette er et perspektiv fra religionspsykologien som hjelper sjelesørgeren å navigere i det spirituelle og teologiske landskapet – hvor målet hele tiden er å finne det mest relevante og meningsfulle perspektivet i den aktuelle situasjonen (ibid).

Den tredje interdisiplinære metoden Doehring (2015) beskriver bygger videre på den dialogiske metoden og er forenlig med denne. Den postmoderne metoden baserer seg på postmoderne og sosial-konstruktive tilnærminger innenfor både psykologi og religionsvitenskap/teologi (Doehring, 2015, s. 90). Sosial rettferdighet er et overordnet mål som blant annet individuelle forhold sees i lys av (ibid). En sjelesørger som benytter seg av en slik metode vil søke å se om det finnes undertrykkende systemer som medvirker til problemer i et menneskets liv, og ta tak i disse (ibid). I løpet av en prosess vil en sjelesørger som bruker denne metoden forsøke å gjøre konfidenten klar over egen «levd teologi», og bruke sin religiøse eller teologiske kompetanse til å hente frem sunne perspektiver som kan settes i dialog med denne (ibid).

Gjennom artikkelen Doehring (2015) har skrevet blir det tydelig at hun selv plasserer seg i sammenheng med de to siste interdisiplinære metodene, og at hun mener at den sistnevnte særlig bringer inn verdifulle perspektiver i møte med konfidenter. Den fundamentale interdisiplinære metoden får kritikk for å neglisjere viktige perspektiver fra andre tradisjoner, samt ikke nødvendigvis å passe for alle amerikanere (eller andre folk), da den holder fast på bibelske sannheter som mange sekulære har beveget seg bort ifra (ibid). Avslutningsvis ber Doehring sjelesørgere om å reflektere over hvilken metode som passer best med tanke på deres utdanning, religiøse eller profesjonelle tilknytning og kontekst (ibid).

2.3 Ritualiseringens funksjon

Ritualer og rituelle praksisers funksjon har vært viet lite oppmerksomhet i kirkelig sammenheng (Stifoss-Hanssen, 2001, s. 5). Fokuset har heller ligget på det historiske og normative ved ritualisering, altså hvordan ritualiseringen har vært utført og hvordan det kan gjøres på en god måte (ibid). Fra religionspsykologisk hold derimot har det vært stor interesse for hva ritualisering bidrar med inn i menneskers liv (Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2014). Det er derfor

naturlig å gå til denne fagdisiplinen for å få tak i ritualer og rituelle praksisers mulige styrker og svakheter.

2.3.1 Ritualiseringens styrker

Ifølge Danbolt og Stifoss-Hanssen bidrar ritualisering til at det ritualiserende mennesket kjenner at tilværelsen henger sammen, finner sammen med andre i fellesskap og mester livet og dets utfordringer (ibid, s. 205). Disse perspektivene vil utdypes ytterligere i det følgende.

Sosiologen Peter Berger har en religionsforståelse som fremholder religion som et menneskelig anliggende hvorigjennom et hellig kosmos opprettes (Berger 1993, s. 21 i Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2014, s. 204). Kosmos kan sees på som motsetningen til kaos (Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2014, s. 205). Når det gjelder ritualisering kan denne skape et slikt kosmos i kaoset, og gi det ritualiserende mennesket en opplevelse av at tilværelsen henger sammen (ibid, s. 210). Dette skjer ikke på et rasjonelt plan, men oppleves på det emosjonelle og intuitive planet, skriver Danbolt og Stifoss-Hanssen (ibid, s. 210). De knytter dette særlig opp mot det kollektive ved ritualene: det fører mennesker sammen og skaper fellesskap. Selve ritualet reduserer følelsen av desorganisering og styrker tilhørigheten (ibid, s. 211).

I tillegg viser Danbolt og Stifoss-Hanssens (2014, s. 211) forskning at erfaringen den enkelte sitter med kan relatere seg til symboler og praksiser som er preget av tradisjon og kultur. Dette kan være med på å gi mening eller følelse av sammenheng (ibid). Stifoss-Hanssen (2001, s. 11) har på et tidligere tidspunkt skrevet at den lille, personlige fortellingen og den store fortellingen kan møtes i ritualet, og som et resultat gi en opplevelse av at Gud er tilstede i den enkeltes liv.

Danbolt og Stifoss-Hanssens (2014) får frem at følelsen av tilhørighet som oppstår i kjølvannet av ritualisering kan knyttes både til det konkrete ritualiserende fellesskapet og til tradisjon, religion og Gud. Tilhørigheten bidrar til en opplevelse av at verden henger sammen i en kaotisk situasjon, og ritualet blir en form for hellig kosmisering (Danbolt og Stifoss-Hanssen, 2014, s. 204 og 210-211). Samlet sett bidrar dette til å hjelpe det ritualiserende mennesket å mestre situasjonen som det står i (ibid).

2.3.2 Overgangsriter

Et annet perspektiv som Danbolt og Stifoss-Hanssen (2014) trekker frem, er ritualisering forstått som overgangsriter. Dette er et teoretisk perspektiv som stammer fra etnolog og folkloristen Arnold van Gennep (1999). Van Gennep (1999, 26) presenterer i *Les rites de passage* et nytt begrep - *overgangsriter* (opprinnelig *rites de passage*).

I boken trekker van Gennep (1999) frem overgangsriter fra mange ulike kulturer og søker å finne sammenheng mellom disse. Dette gjør han gjennom å bruke begrepet *liminalitet*, som stammer fra det latinske ordet for terskel (Wæhle, 2018). Van Gennep sammenlikner denne formen for riter med det å gå over terskelen fra ett livsrom til et annet (Danbolt og Stifoss-Hanssen, 2014, s. 205). Overgangsritene kan igjen deles i undergrupper; adskillelsesriter (preliminal), terskelriter (liminal) og integrasjonsriter (post-liminal) (van Gennep, 1999, s. 26). Førstnevnte undergruppe berører de ritene som skiller noe fra hverandre (Salomonsen, 1999). Den andre undergruppen inneholder de ritene som forandrer noe, ved at noe dekonstrueres og settes sammen igjen på en ny måte (ibid). Den tredje undergruppen beskriver de ritene som reintegrerer det som er forandret tilbake inn i en sammenheng igjen (ibid). Andre teoretikere som bruker van Genneps teori bruker ordet *faser* om disse undergruppene (f.eks. Davis, 1994). Dette får frem at ritene hører til i en større rituell prosess der flere faser kan inngå.

Ritualisering knyttet til dødsfall faller inn under det van Gennep (1999) kaller overgangsritualer. Van Gennep kaller dødsritualene likferdsriter (ibid, s. 103). Disse likferdsritene berører de tre ulike fasene som beskrevet overfor. Van Gennep beskriver sørgetiden som en tilstand der de gjenlevende lever i en terskeltilstand, som de entrer gjennom adskillelsesriter og trer ut av gjennom integrasjonsritene (ibid). I noen kulturer er det som om pårørende etter dødsfall i denne perioden befinner seg mellom de døde og de levendes verden (ibid). Hvor lenge de forblir i denne tilstanden avhenger av nærhet til den avdøde (van Gennep, 1999, s. 104).

En som arbeidet videre med liminalitetsbegrepet er sosialantropologen Victor Turner (1997). Turner bruker begrepet *terskelmennesker* (opprinnelig *threshold people*) om mennesker som står mellom en avsluttet fortid og en påbegynnende fremtid, altså mennesker som står på terskelen (Danbolt og Stifoss-Hanssen, 2014, s. 205). Dette knytter seg til den andre undergruppen eller

fasen til van Gennep, der mennesket er i en prosess som forandrer eller transformerer dem. Selv beskriver Turner (1997, s. 95) en tvetydighet hos disse terskelmenneskene, fordi de tilstandsmessig befinner seg i en form for mellomposisjon. Terskelmenneskene står overfor fornyelse og utvikling av identiteten, som for eksempel statusendringer (Danbolt og Stifoss-Hanssen, 2014, s. 205).

2.3.3 Ritualisering – utelukkende positivt i en sjelesørgerisk prosess?

I en artikkel om sjelesorg og ritualisering peker Danbolt og Stålsett (2018) på begrensninger og muligheter ved ritualisering i samarbeid med terapi. De viser hvordan sjelesorg og terapi skiller seg fra hverandre, med ulik vektlegging, faglighet og midler (Danbolt & Stålsett, 2018). Begge praksiser kan imidlertid arbeide sammen for en pasient/konfidents beste. Religiøse ritualer og symboler er blant de midlene sjelesørgere har til disposisjon – og som kan oppleves som frigjørende, forsonende og forløsende (ibid, s.19). De beskriver hvordan ritualisering har vært benyttet i prosesser med pasienter på Modum bad, med positive resultater (ibid).

I tillegg til å beskrive positive effekter ved ritualisering, kommer de også med en advarsel – ritualisering skal ikke brukes som en «quick fix»-løsning når vanskelige temaer kommer til overflaten (ibid, s. 22). Dette kan ha negative konsekvenser, og de eksemplifiserer dette med å beskrive uvettig bruk av skriftemålet – for eksempel der det er skamfølelse og ikke skyldfølelse hos en konfident, eller der absolusjon bedøver et ubehag eller hjelper konfidenten til å fortrenge noe som krever oppgjør (ibid, s. 22). Danbolt og Stålsett påpeker at sjelesørgere bør ha et reflektert forhold til sin egen ritualiseringspraksis og betydningen av denne (ibid, s. 26).

2.4 Bruk av teori

I dette kapitlet har jeg gjennomgått en rekke teoretiske perspektiver som vil, sammen med mitt material, danne rammen for en drøfting. Teoriene vil fungere som et rammeverk for å forstå og tolke sykehuspresten og dens ritualiseringspraksis (Bryman, 2016). Dette blir tydelig ved bruken av teoriene om sjelesorgsretninger og sjelesorgsforståelse, som jeg vil bruke for å forstå hvordan sykehusprester tenker omkring sin ritualiseringspraksis i egenskap av å være sjelesørger. Videre vil jeg bruke Doehring's modell som et verktøy for å kategorisere sykehusprestens metodiske tilnærming hva gjelder fagforståelse, samt diskutere med bakgrunn

i modellen hvordan sykehusprester rent praktisk forholder seg til dette. Teoriene om ritualenes funksjoner vil brukes for å konseptualisere egne empiriske funn.

3 Metode

Jeg vil i dette kapittelet vise hvilke metodiske valg forskningen min bygger på. Kapittelet beskriver ulike trinn i forskningsprosessen, fra begynnelse til slutt, med hensikt om å gjøre forskningen så transparent om mulig – dvs. gjøre forskningsprosessen så tilgjengelig for innsyn og utfordring som mulig (Malterud, 2017, s. 36). Denne transparensten vil forhåpentligvis være med på å gi en leser mulighet til å vurdere forskningens kvalitet, noe også jeg avslutningsvis i dette kapittelet vil diskutere.

3.1 Kvalitativ metode

Metode betyr opprinnelig «veien til målet» (Kvale & Brinkmann, 2005, s. 140). For å finne veien, må man kjenne sitt mål. Derfor må forskningens «hva» og «hvorfor» besvares før forskningens «hvordan» (ibid). Med bakgrunn i dette har jeg forsøkt å la problemstillingen min styre forskningsmetoden.

Jeg landet på kvalitativ metode grunnet min problemstillings natur; jeg ønsket å undersøke sykehuspresters erfaringer knyttet til den ritualiseringen som skjer på sykehus i etterkant av dødsfall. Kvalitativ metode defineres av Kirsti Malterud (2017, s. 30) som «forskningsstrategier for beskrivelse, analyse og fortolkning og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres». Problemstillinger som berører menneskelige erfaringer, opplevelser, verdier og samhandling kan bare i noen grad besvares igjennom for eksempel statistisk bearbeiding av numerisk data (Malterud, 2017). Istedenfor å få talldata slik man gjør i kvantitativ forskning, så vil en i en kvalitativ studie få ord-data (Silvermann, 2014). Med talldata kunne min forskning sagt noe om et større utvalg, men ville mistet dybden i erfaringene til sykehusprestene, samt deres egen stemme.

3.2 Vitenskapsteoretiske plassering

Forskningen min står i en hermeneutisk forskningstradisjon. Hermeneutikk kommer av det greske ordet *hermeneuein* som betyr «å fortolke» (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2004). I denne tradisjonen er utgangspunktet for forståelse tolkningen av meninger som ligger i menneskelige uttrykk (ibid). Når tekst tolkes vektlegges forholdet mellom deler og helhet og betydning av kontekst og forskerens selvrefleksjon (Malterud, 2017, s. 28).

Aspektene som vektlegges innenfor hermeneutikken utgjør det som kalles den hermeneutiske sirkel. Den hermeneutiske sirkel beskriver bevegelsen som skjer i all fortolkning (Johannessen et. al., 2004). Forståelsen av denne sirkelen har i hermeneutisk tradisjon utviklet seg. I tidlig hermeneutikk ble leseren sett på som en som stod utenfor teksten og at bevegelsen skjedde mellom del og helhet – hvor meningen i delene kunne forstås i lys av helheten (Krogh, 2010). Senere trakk filosofene Heidegger og Gadamer leseren inn i sirkelen (ibid). Det at forskerens forforståelser og bakgrunn blir en del av fortolkningsprosessen fordrer refleksivitet, noe jeg vil komme tilbake til.

Bakgrunnen for at jeg plasserer min forskning innenfor denne tradisjonen handler blant annet om min forståelse av hva kunnskap er; det er ikke noe som er upåvirket og som bare kan hentes ut som fra en gruve (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg ser heller på det som noe som blir til underveis, som på en reise, hvor kunnskapen konstrueres i samspill (ibid). I dette ligger det at jeg tenker at kontekst og forskers rolle spiller inn i fortolkningen av materialet, men også i den større forskningsprosessen. I tillegg har jeg en tanke om at delene i materialet mitt må sees i lys av den helheten som det kommer fra, noe jeg opplever at ivaretas av analysemetoden jeg har valgt.

3.3 Abduktiv tilnærming

Innenfor kvalitativ forskning kan en forsker ha ulike tilnærminger knyttet til hvordan forskeren forholder seg til teoretiske perspektiver. Med en deduktiv tilnærming vil forskeren bringe med seg teori inn i forskningen, og det er gjerne satt opp visse hypoteser eller antagelser i forkant (Nyeng, 2012). Med en induktiv tilnærming beveger forskeren seg fra empiri til teori (Nyeng, 2012). Teoretiske perspektiver blir således dannet på bakgrunn av analysen av empirisk

material (Thagaard, 2018). En mellomposisjon mellom disse tilnærmingene finner vi abduksjon – en tilnærming som fremhever et dialektiske forhold mellom empiri og teori (Thagaard, 2018, s. 184). Det er sistnevnte tilnærming jeg har tatt i bruk i denne studien. Jeg kan ikke sies å ha gått inn i forskningen uten teoretiske briller, da jeg er preget av teologistudiet og kompetansen jeg har tilegnet meg gjennom dette, blant annet på ritualisering. I hermeneutikken, slik vi har sett over, er det heller ikke noe ideal med slik nøytralitet. Likevel har jeg bevisst inntatt en holdning om å la for eksempel analysen være så empirinær som mulig, fordi jeg, lik Browning (1991), ser på praktisk teologi som teologi som bør finne sin forankring i empiri, jf. innledning punkt 1.4. De teoretiske perspektivene jeg har brukt for å belyse mine funn var ikke forhåndsbestemt, men kom til i dialog med materialet.

3.4 Utvalg

3.4.1 Utvalgsstrategi

På et tidlig stadium i forskningsprosessen, etter at temaet var satt, foretok jeg en vurdering av hvem som i størst grad kunne gi meg svar på det jeg ønsket å finne ut av. Malterud (2017) kaller dette for et strategisk utvalg. I denne vurderingen stod det for meg ut to mulige retninger å gå; enten innhente data fra de som tar i bruk ritualiseringen etter dødsfall på sykehus, altså de pårørende, eller sykehusprestene som er med på å fasilitere eller lede slik ritualisering. Jeg var klar over at dette retningsvalget ville være med på å prege materialet jeg ville bli sittende igjen med. Slik jeg så det, ville deres bidrag bidra til å belyse problemstillingen på hver sin måte.

Valget av sykehusprester fremfor pårørende, vil jeg begrunne med at sykehusprestene har erfaring fra flere ritualiseringssituasjoner. Dette kan være med på å gi et bredere bilde av fenomenet, særlig når det kommer til hvordan ritualer og rituelle praksiser brukes og muligens også hvorvidt det har skjedd en utvikling i ritualiseringsbruken. De har også en faglighet i møte med problematikken. Jeg vurderte det sånn at sykehusprestene kunne fortelle noe om deres inntrykk av betydningen av ritualisering også for pårørende, selv om det er en svakhet med utvalget mitt at slik informasjon ikke kommer direkte fra de som benytter seg av ritualiseringen.

Videre ønsket jeg at utvalget ikke skulle være for homogent. En variasjonsbredde kan beskrive nyansene i fenomenet som undersøkes, samt være med på å utfordre konklusjoner som i

utgangspunktet virker klare (Malterud, 2017). Selv om utvalget består av mennesker med samme utdanning, så ønsket jeg en kjønnsbalanse i utvalget, i tillegg til ulik erfaring og alder. Sistnevnte viste seg som noe utfordrende, dette på grunn av at sykehusprester for det meste er prester med en del erfaring fra før og at det kreves etterutdanning til disse stillingene, noe som resulterte at min utvalg lå i aldersspennet mellom 45-70 år, med hovedvekt mot midten. Erfaringen deres var heller ikke noe jeg fikk vite om før jeg utvalget var satt, og var dermed en usikker faktor. Det viste seg likevel at det var prester med ganske mangfoldig erfaringsbakgrunn og kompetanse.

Om jeg skulle gjort utvalget mitt mer variert kunne jeg valgt sykehusprester som befant seg ulike steder i Norge. På denne måten kunne jeg sett nærmere på geografiske ulikheter. Da jeg likevel valgte ikke å gjøre dette handler det dels om praktiske og økonomiske hensyn, og dels om at jeg med et smalere utvalg geografisk sett kunne få tilgang til et material med tykkere beskrivelse fra et mindre område. For likevel å beholde noe variasjon valgte jeg å rekruttere prester fra ulike sykehus, slik at for eksempel ulik bruk skulle kunne fanges opp.

3.4.2 Rekruttering av informanter

For å finne ut hvem som kunne være aktuelle informanter søkte jeg på google.no etter sykehusprestene på sykehusene i Stor-Oslo (Askheim, 2019). Dette gjorde jeg for å danne meg et overblikk over de ulike sykehusene og hvem som arbeider hvor. Det var også noen av sykehusene som ikke oppga sykehusprestene som arbeider der, og da ringte jeg til prestetjenesten sentralt og kartla hvilke sykehusprester som arbeidet der. Gjennom telefonsamtalene fikk jeg også et inntrykk av at prestene som arbeider innenfor somatikken har mer av ritualisering etter dødsfall enn de som arbeider innenfor psykiatrien, og jeg valgte derfor å utelate de sistnevnte som aktuelle informanter.

Når jeg hadde dannet meg en oversikt over sykehusprestene valgte jeg å kontakte fem potensielle informanter via e-mail, med vedlagt informasjonsskriv, og litt senere kontaktet jeg dem igjen på telefon. Av disse kunne fire stykker delta. En av kontaktpersonene mine på et sykehus hjalp meg i kontakt med ytterligere to sykehusprester.

3.4.3 Beskrivelse av utvalget

Utvalget består av seks sykehusprester som arbeider på forskjellige sykehus i Stor-Oslo, med hovedtyngden i Oslo. Tre av informantene er kvinner og tre er menn. Alle har arbeidet over 10 år i sykehussystemet. Noen av informantene har jobbet på ulike sykehus, og noen innenfor ulike avdelinger av sykehussektoren. Informantene er rekruttert fra både store og litt mindre sykehus, samt sykehus med og uten diakonal forankring.

3.5 Etske perspektiver

I løpet av forskningsprosjektet generelt, og i relasjon til informantene spesielt, har etiske perspektiver spilt en viktig rolle. Kvale og Brinkmann (2015) viser til at etisk refleksjon og hensyn bør gjennomsyre hele forskningsprosessen. Med tanke på utvalget var det nødvendig å følge noen etiske retningslinjer og prinsipper. Disse vil jeg redegjøre for i det følgende.

Et informert samtykke har vært en forutsetning for deltagelse i forskningen min. Begrepet informert samtykke benyttes blant annet av Malterud (2017), og hun fremhever at informanten skal vite nok om prosjektet for å kunne ta en informert beslutning om vedkommende ønsker å stille eller ikke. For å ivareta dette hensynet sørget jeg for å utarbeide et informasjonsskriv etter en mal fra Norsk senter for forskningsdata (heretter NSD). Dette skrivet ble sendt til informantene først på mail, så oppfordret jeg dem til å lese igjennom dette i forkant av intervjuet, samt ba dem se gjennom en siste gang før de underskrev da vi møttes til intervju.

Ved utarbeidelsen av informasjonsskrivet hadde jeg som hensikt å gjøre det så forståelig og kortfattet som mulig (Patton, 2002). Jeg ga informasjon om formålet med forskningen, om hvem som stod ansvarlig for prosjektet, hvorfor de var kontaktet, hva det innebærer å delta, at det er frivillig å delta (og følgelig mulig å trekke seg), oppga deres rettigheter og ga informasjon om hvordan deres konfidensialitet blir ivaretatt.

Når jeg ser tilbake på informasjonsskrivet kunne jeg gjort det tydeligere under punkt «hva det innebærer for deg å delta», jf. vedlegg 1, at jeg hadde gjort en risikovurdering i forkant. Når det gjøres en risikovurdering går forskeren inn og vurderer risikoen deltagelse i forskningen kan innebære for informanten (Patton, 2002). Slik jeg vurderte det i begynnelsen av prosessen, så

var det en lav risiko for skade på personene som deltok. Likevel er det et poeng at de ble bedt om å dele både faglig og personlige refleksjoner, noe som kunne ført til at de sa noe de etterpå angret på eller som kunne stilt dem i dårlig lys overfor Dnk.

I informasjonsskrivet skrev jeg også om konfidensialitet, og beskrev hvordan jeg skulle behandle deres personvernopplysninger i samsvar med NSDs retningslinjer. I tillegg hadde jeg et fokus på anonymitet. Dette var bakgrunnen for at jeg anonymiserte forløpende i transkripsjonsprosessen; både ved å gi informantene «navn» NN1-NN6, og ved å skrive X i stedet for personer, steder, institusjoner eller andre opplysninger som kan være med på å identifisere informant eller mennesker de har vært i kontakt med. Jeg valgte å gjøre dette i stedet for å endre opplysningene, da dette kan anses som fordreining av dokumentasjon som igjen kan svekke påliteligheten til forskningen (Malterud, 2017). For meg opplevdes det også som riktig å gjøre da deltagerne fortalte om situasjoner som normalt er underlagt taushetsplikt (ibid). Et spørsmål knyttet til sykehusprestens egen taushetsplikt oppstod i en intervjusituasjon, og da ble det viktig for meg å trygge presten i at jeg ville anonymisere allerede på transkripsjonsnivå. Jeg foreslo at presten kunne komme opp med et fiktivt case som beskrev noe av det vedkommende ønsket å uttrykke. Et mer overordnet etisk prinsipp er at en forsker skal opptre redelig, og i det ligger det at informantens interesser og verdier skal ivaretas (Postholm, 2010). I den aktuelle situasjonen kjentes det riktig å gi rom for at presten kunne ivareta egen taushetsplikt og respektere vedkommendes yrkesetiske bedømmelse, om det så måtte gå på bekostning av et spennende innblikk inn i fenomenet jeg forsker på.

Et annet etisk viktig prinsipp er frivillig deltagelse. Det er nødvendig å klargjøre at informantene har mulighet til å trekke seg når som helst under forskningsprosessen, slik at de føler at forholdene ligger til rette for at de skal kunne kjenne at de kan stoppe opptaket underveis og slette materialet om de måtte ønske det (Malterud, 2017). Dette ble aktualisert i et av mine intervjuer, da informanten besvarte mitt avslutningsspørsmål «ønsker du å si noe eller legge til noe før vi avslutter?» med «jeg har lyst til å trekke tilbake alt jeg har sagt til nå» samtidig som vedkommende lo. For meg ble det viktig å ta det informanten sa på alvor og ikke avfeie det som en vits, spesielt siden en latter kan ha ulike betydninger. Jeg måtte da avklare hvorvidt personen ønsket å trekke tilbake sitt samtykke og gjentok retten til å trekke seg og få sine opplysninger

slettet umiddelbart. Gjennom denne avklaringen ble det klart at det var ment som en spøk og at informanten ønsket at jeg skulle beholde materialet til forskningen.

3.6 Det kvalitative forskningsintervjuet

3.6.1 Semi-strukturert forskningsintervju

Jeg valgte å innhente data igjennom kvalitative forskningsintervjuer. Kvale og Brinkmann (2015) skriver at slike intervjuer prøver å se verden fra informantens perspektiv. Da samtlige av mine informanter har lik arbeidssituasjon kunne det tenkes at de delte felles erfaringer, og følgelig kunne en fokusgruppe vært et alternativ til det kvalitative forskningsintervjuet. På den ene siden kunne en samling av sykehusprester i en fokusgruppe vært mindre ressurskrevende, samt at de kunne spilt på hverandres refleksjoner og erfaringer (Malterud, 2017). På den andre siden kunne gruppedynamikken hindret at avvikende synspunkter kom frem (ibid). For min del var det også et poeng at jeg er en nybegynner når det kommer til forskning, og ikke trent i å være moderator (ibid). Det virket for meg også som om det ville kreve mindre av mine informanter rent praktisk om jeg var mer fleksibel med tanke på sted og tidspunkt for intervjuene.

Når intervjuene ble gjennomført skjedde det etter en semi-strukturert modell, det vil si at jeg hadde en intervjuguide med temaer og spørsmål, men at disse varierte noe i ordlyd og rekkefølge (Johannessen et. al., 2004). For meg ble det naturlig å hente data på denne måten, da denne modellen ga rom for å stille oppfølgingsspørsmål underveis og lot meg selv kunne følge noe nytt som jeg ikke nødvendigvis hadde tenkt ut på forhånd. Intervjuet krevde av meg som forsker at jeg inntok en bevisst naivitet, slik at jeg var åpen for det uventede (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det at jeg hadde en semi-strukturert intervjustil og en åpenhet for det som måtte komme uventet, gjorde at jeg også måtte gjøre endringer og justeringer i intervjuguiden underveis i prosessen⁹. Dette skjedde på bakgrunn av en gjennomgående vurdering av hvilke spørsmål som fungerte i intervjusituasjonen og hvilke temaer som ble brakt på banen av informantene selv. I tillegg er

⁹ For utviklingen i intervjuguiden, se vedlegg 3 og 4.

den reviderte utgaven av intervjuguiden mer preget av stikkord enn den første, noe jeg fant at passet meg bedre. Overordnet kan det sies at denne forskningsprosessen har vært iterativ, noe som vil si at den har vært preget av bevegelse (Malterud, 2017, s. 113). Malterud påpeker at i iterative prosesser bør ikke forskeren tviholde på intervjuguiden slik den opprinnelig så ut, og begrunner det med at denne kan være sterkt påvirket av ens forforståelse (ibid, s. 115). I den foreliggende studien kunne egen manglende kjennskap om variasjonsbredden i sykehusprestenes ritualiseringspraksis ført til svakere material om jeg ikke hadde justert kurs underveis.

3.6.2 Gjennomføring av intervju

Tidlig i forskningsprosessen gjennomførte jeg et prøveintervju med en sykehusprest. Jeg valgte å gjøre en slik pilot- eller prøveintervju for å teste ut intervjuguiden min, fordi jeg på forhånd ikke helt visste hvordan spørsmålene ville fungere (Malterud, 2017 og Arthur, Michell & Lewis, 2014). I tillegg hadde jeg en tanke om at et slikt prøveintervju kunne gi en trygghet i forkant av gjennomføringen av de resterende intervjuene. Jeg valgte å ikke ta opp dette på bånd, og det er følgelig ikke en del av analysen.

De reelle intervjuene ble gjennomført over en tidsperiode på 2,5 uke, med et lite opphold midt i. Samtlige intervjuer ble holdt på informantenes arbeidsplass, og varte mellom en og halvannen time. Intervjuet ble tatt opp på bånd og det ble ikke tatt notater underveis, fordi jeg ikke ønsket at det skulle virke forstyrrende og ta fokus. I etterkant av intervjuene fikk jeg på noen av institusjonene se syningsrom og/eller kapell, noe som bidro til at jeg fikk et visuelt inntrykk av som hadde blitt beskrevet under intervjuet.

3.7 Analyse

3.7.1 Transkribering

Det å transkribere er en fortolkningsprosess (Kvale & Brinkmann, 2015). Underveis i oversettelsen fra talespråk til skriftspråk må det tas en rekke valg og vurderinger (ibid). Fordi jeg så på dette som en sentral del av forskningsprosessen var det naturlig at jeg selv gjorde denne jobben.

Jeg valgte å holde meg så nært opp mot informantens talespråk som mulig, med unntak av «ehh»-lyder og mine aktivt lyttende «m-m». Latter, humring og tydelige pauser ble skrevet inn i parentes, det samme ble avbrytelser og annen informasjon som jeg anså som relevant, som for eksempel håndbevegelser og annet tydelig kroppsspråk. Når informanten sluttet midt i en setning for så å begynne på ny ble det markert med «...». Jeg valgte å transkribere til bokmålsform, noe som gjorde at jeg måtte «oversette» litt der informanter brukte dialektuttrykk. Å nøytralisere dialekt gjorde jeg av anonymitetshensyn. Jeg valgte også å ta med min egen tale i transkriberingen.

Det var særlig to styrker ved å gjøre transkriberingsjobben selv som jeg merket meg. For det første ga transkriberingen, som jeg gjorde fortløpende, meg et innblikk i egen intervjustil og forbedringspotensialet som lå der, noe som gjorde at jeg underveis kunne gjøre nødvendige justeringer. Dette opplevde jeg at bidro til at jeg utviklet meg og ble bedre intervjuteknisk. For det andre la jeg merke til nye elementer og fikk tak i nyanser jeg hadde oversett, samt at jeg ble mer observant på sosiale og emosjonelle aspekter ved intervjusituasjonen. Jeg valgte derfor å skrive ned refleksjoner knyttet til dette i etterkant av transkriberingen i et eget dokument. Jeg brukte også disse observasjonene til å revidere intervjuguiden underveis.

3.7.1.1 Analyseprosessens teoretiske rammeverk

Selve analyseprosessen er preget av to metodiske fremgangsmåter: Kirsti Malterud (2017) metode systematisk tekstkondensering (heretter STC) og Virginia Braun og Victoria Clarkes (2006) tematiske analyse. Likheten mellom disse metodene er deres tverrgående fokus, altså at de ser på hele materialet samlet, fremfor å holde fokuset innenfor en enkelt del (Malterud, 2017, s. 97 og Braun & Clark, 2006, s. 80). Dette fant jeg å passe godt med mitt ønske om å søke en helhetlig forståelse av bruken og betydningen av ritualisering som skjer på sykehus i etterkant av dødsfall. Jeg vil i det følgende kort presentere metodene, samt redegjøre for hva jeg har hentet fra disse. Jeg vil starte med STC, så vil jeg gjøre rede for tematisk innholdsanalyse. Deretter vil jeg beskrive hvordan jeg selv har gjennomført analysen.

Malterud (2017) er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode, men

understreker at STC ikke er en fenomenologisk metode i seg selv. Selve metoden tar sikte på å gi en enkel innføring til nybegynnere, noe som er bakgrunnen for hvorfor jeg selv har valgt delvis å basere meg på denne (Malterud, 2017).

Selve STC består av fire trinn:

1. Danne et helhetsinntrykk
2. Finne meningsdannende enheter
3. Trekke ut innholdet fra de meningsdannende enhetene
4. Å sammenfatte betydningen av dette¹⁰ (Malterud, 2017)

Det er nødvendig å presisere at analysen ikke var en lineær prosess, men viser til en bevegelse frem og tilbake mellom trinnene. Malterud spesifiserer at om en forsker ikke benytter seg av alle de metodiske grepene metoden legger opp til så bør den ikke kalles STC. På bakgrunn av et ønske om ikke å harmonisere spenninger innenfor mitt material, har jeg valgt å ikke lage kondensater, et metodisk grep som består i å lage kunstige sitater som sammenfatter meningsbærende enheter i en subgruppe (Malterud, 2017, s. 106). Dette er bakgrunnen for at jeg ikke vil kalle min analyse en STC, men vil heller si at analysen min er inspirert av denne metoden.

Det jeg har valgt å hente fra denne metoden, er noen overordnede tanker om hvordan man kan se sammenhenger på bakgrunn av hele materialet, samt den trinnvise strukturen. Jeg valgte også å bevege meg frem og tilbake i analyseprosessen, med et fokus på at dette skulle gjøres på en systematisk måte. Dette fikk meg til å ta notater med forklaringer til meg selv underveis i prosessen. I tillegg valgte jeg å foreta en foreløpig analyse av mitt material da jeg hadde kommet halvveis i intervjuprosessen. Dette gjorde jeg på bakgrunn av det Malterud (2017, s. 99 og 111) skriver om at å dykke ned i empirien underveis kan hjelpe oss i å justere kurs, og hindre at man blir stående med et uoversiktlig og stort uberørt material etter at intervjuprosessen er over.

Braun og Clarke (2006, s. 77) har, i likhet med Malterud, tatt sikte på å gi en fremstilling av tematisk analyse som er brukervennlig for studenter og andre som ikke er godt kjent med kvalitativ metode. Denne metoden søker å finne felles temaer som forskeren kan kode sitt

¹⁰ For mer utførlig beskrivelse se Malterud, 2017, s. 97-116

material på bakgrunn av. Et tema beskrives som noe som kan fange opp noe viktig med tanke på forskningsspørsmålet og representerer et form for mønster av mening innenfor materialet (Braun & Clarke, 2006, s. 82). Temaene skal følgelig adressere noe som kan være med på å belyse problemstillingen. Den tematiske analysen til Braun og Clarke gir også en trinnvis innføring i analyseprosessen – med temaene og utarbeidingen av disse i sentrum:

1. Bli kjent med materialet
2. Lag foreløpige koder
3. Let etter temaer
4. Gjennomgå og revurder temaene
5. Definer og gi navn til temaene
6. Skriv rapport¹¹ (Braun og Clarke, 2006).

Noe Braun og Clarke (1996, s. 78) trekker frem som en styrke ved deres metode er dens fleksibilitet. Dette er noe jeg har dratt nytte av, fordi jeg tenker at hvert material er unikt og må behandles ut i fra sine forutsetninger. Det betyr ikke at selve prosessen har vært rammeløs, for de trinnvise metodene har lagt noen føringer i prosessen.

3.7.1.2 Min fremgangsmåte

Når jeg startet analyseprosessen fulgte jeg både tematisk analyse og STCs første trinn: jeg gjorde meg kjent med materialet mitt og dannet meg et helhetsinntrykk av dette. Underveis tok jeg notater og markerte det jeg opplevde som spesielt spennende eller interessant med tanke på min problemstilling (Braun & Clarke, 2006). I denne fasen av analysen skal det jobbes imot impulsen til å systematisere (Malterud, 2017). Det er først når hele materialet er gjennomgått at foreløpige temaer skal identifiseres (ibid). Det er ikke hensiktsmessig å gå ut med for mange temaer (ibid). I første omgang hadde jeg eksempelvis fem temaer.

Temaene mine ble også drøftet med veileder, som også hadde lest det foreløpige materialet. Det å ha flere øyne med i analyseprosessen er en stor fordel, skriver Malterud (2017). Dette opplevde jeg også, for etter veiledningen ble jeg stående igjen med fire temaer som var mer spisset enn de jeg hadde kommet opp med på egenhånd.

¹¹ For detaljert beskrivelse av disse trinnene se Braun og Clarke, 2006, s. 87ff

Deretter valgte jeg å gå inn i materialet på nytt, denne gangen inn i ett og ett transkribert intervju for å hente ut meningsbærende enheter som passet inn i de temaene jeg hadde identifisert. Jeg markerte de meningsbærende enhetene i det opprinnelige dokumentet, slik at jeg ikke skulle miste av syne hvor disse hadde kommet fra. En vanlig kritikk av koding er nettopp at konteksten blir borte (Braun & Clarke, 2006, s. 89). Med denne kritikken i bakhodet valgte jeg også å klippe ut større tekstutdrag da jeg kodet, selv om kun deler ble med i analyseteksten senere og er ansett å være meningsbærende enheter. Dette er et grep Braun og Clarke (2006, s. 89) anbefaler.

Når materialet var kodet inn i foreløpige temaer valgte jeg å sortere disse inn i subgrupper. Under denne prosessen ble også temaene på flere tidspunkt revurdert, og gitt nye navn på bakgrunn av det helhetlige inntrykket de meningsbærende enhetene som ble plassert her ga (Braun & Clarke, 2006, s. 91).

Jeg valgte som nevnt ikke å trekke ut innholdet fra de meningsbærende enhetene i kondensater, slik Malterud foreslår, men jeg valgte å skrive ut hva som var essensen i hver subgruppe – ikke bare som en gjenfortelling av det som stod, men min tolkning av hva som var interessant ble vektlagt (Braun & Clarke, 2006, s. 92). Her valgte jeg også ut noen sitater som kunne eksemplifisere mine tolkninger. I forlengelse av dette gikk jeg tilbake inn i mine opprinnelige transkriberte intervjuer, der hvor mine meningsbærende enheter var markert, for å se om mine tolkninger var lojale mot informantens stemme. Dette var en form for rekontekstualisering (Malterud, 2017, s. 109). Til slutt skrev jeg ut teksten basert på analysen.

3.8 Forskningens kvalitet

3.8.1 Refleksivitet

Refleksivitet berører et viktig punkt, nemlig hvordan forskerens rolle og forforståelse påvirker forskningen. Dette er noe som bør stilles spørsmålstegn ved underveis i prosessen og i produkt (Malterud, 2017). Aktivt bør forskeren gå inn for å forsøke å motbevise eller konfrontere det forskeren selv går inn i forskningen med (ibid).

Som nevnt hadde jeg ikke noen tydelig teori eller hypotese da jeg gikk inn i denne forskningen, men jeg har likevel hatt med meg min egen bakgrunn og erfaringer. Jeg har for eksempel selv holdt en bæreandakt på et sykehus i institusjonspraksis, en erfaring jeg opplevde som verdifull og som jeg fikk inntrykk av at betydde noe for de pårørende. Denne forforståelsen måtte jeg være observant på igjennom hele forskningsprosessen, fordi hele veien foretas en rekke valg og vurderinger; hva spør man om/ikke om, hva blir fremhevet i analysen osv. For min egen del ble det for eksempel viktig å spørre informantene mine om de opplever at bæreandakter eller annen ritualisering ikke fungerer så bra, for å kunne utfordre og nyansere det jeg kom inn med av tanker om tematikken.

Det er også viktig å spørre seg om hvordan forskerens rolle har påvirket materialet ut over de valgene vedkommende har gjort underveis i prosessen. I mitt tilfelle, hvordan påvirkes mitt material av at det er jeg som er forskeren? Har informantene mine svart på en spesiell måte fordi det er jeg som intervjuer? Som utgangspunktet var jeg forsiktig med å fortelle noe om meg selv og egen forforståelse til informantene, slik at dette ikke skulle påvirke dem. Likevel var det et tilfelle der jeg gjorde et unntak etter at en av mine informanter spurte gjentatte ganger om mine tanker, og jeg vurderte det slik at jeg måtte svare for å opprettholde tillitt. Informanten fikk da vite at jeg selv hadde holdt en bæreandakt og at jeg igjennom studiene hadde opparbeidet meg en faglig interesse for ritualisering. Informanten kom i løpet av intervjuet med flere kritiske perspektiver knyttet til tematikken, noe en da kan spørre seg om handlet om et ønske om å nyansere det vedkommende antok at jeg hadde med meg inn i forskning.

Det alle informantene visste på forhånd derimot, var at jeg er student på profesjonsløpet i teologi ved MF vitenskapelige høyskole. Det er mulig at informantenes svar kan ha vært preget av eller tilpasset noe til det de tenkte jeg ønsket å høre eller som passer innenfor rammen av det som undervises på MF eller det Dnk står for. Jeg opplevde imidlertid informantene som nokså frie i samtalen, og jeg opplevde ikke at de sensurerte seg i særlig grad.

3.8.2 Relevans

Forskningens relevans handler om hvorvidt forskningen bringer inn ny kunnskap som kan brukes til noe (Malterud, 2017). Et viktig spørsmål er dermed om forskningen tilfører noe som ikke er sagt før. Under punkt 1.5 redegjorde jeg for forskning som er allerede er gjort på feltet, og fant der at min forskning bringer inn et nytt perspektiv inn i den større forskningsdiskursen som temaet berører.

I et større samfunnsperspektiv kan også forskningen min sies å være relevant, da, mange dødsfall i dag inntreffer nettopp på sykehus. Å undersøke bruken og betydningen av ritualisering som skjer på sykehuset i etterkant av dødsfall er følgelig et nødvendig tilskudd til forskningen.

3.8.3 Validitet

Validitetskriteriet legger opp til at forskeren 1) skal ta stilling til hva metoden og materialet gir anledning til å si noe om, og 2) skal vurdere hvilken rekkevidde og overførbarhet funnene har (Malterud, 2017, s. 23).

Det førstnevnte gjelder de metodiske grepene som er gjort, og om de passer til å besvare min problemstilling. Jeg har i dette kapittelet redegjort for mine begrunnelser for de valgene som har blitt tatt, samt påpekt andre mulige veier. Her vil jeg si noe om hva jeg mener forskningen min kan si noe om. Den kan si noe om *noen* sykehusprestere erfaringer med ritualisering etter dødsfall i Stor-Oslo, og deres tanker og refleksjoner over bruken og betydningen av denne.

I forlengelse av punkt én, må jeg som forsker i andre omgang vurdere hvorvidt mine resultater kan si noe ut over den sammenhengen de er hentet fra. Dette er en liten studie, med et utvalg bestående av kun seks informanter. Likevel har jeg valgt meg ut et lite geografisk område, og informanter som arbeider innenfor samme kontekst, og valgt å gi så utførlige beskrivelser av deres erfaringer som mulig. Ifølge Clive Seal kan et material med tykke beskrivelser danne et grunnlag for leseren til selv å utføre et tankeeksperiment, hvor de overfører resultater fra en setting til en annen (1999, s. 41).

4 Analyse

I dette kapittelet vil jeg presentere hva jeg har funnet etter å ha analysert mitt material. Sammen med teorien vil funnene jeg i dette kapittelet presenterer legge et grunnlag for diskusjonen som følger i kapittel 5.

Jeg har valgt å strukturere analysen rundt de fire kategoriene som ble utarbeidet i analyseprosessen: «Dagens ritualiseringsbilde», «Prestens rolleforståelse», «Dannelsen av ritualisering» og «Ritualiseringens potensial». Når jeg likevel har valgt å gi overskriftene andre navn handler dette om at jeg ønsker å rette fokuset mot hva jeg har funnet, fremfor hva jeg har undersøkt (Malterud, 2017, s. 119).

Det er heller ikke slik at de ulike overskriftene kan forstås som isolerte funn, da funnene henger sammen, noe som vil komme tydeligere frem i drøftingsdelen. Jeg har valgt å bruke mange direkte og indirekte sitater fra informantene mine i presentasjonen, fordi jeg ønsker å gjøre det tydelig hva jeg baserer min tolkning på. De direkte sitatene settes enten i anførselstegn eller markeres med innrykk i teksten, det vil gjøres tydelig hvilken informant som henvises til enten i løpende tekst eller i parentes etter sitatet.

Som nevnt i metodekapittelet mitt har intervjuguiden vært gjenstand for revisjon i løpet av forskningsprosessen. Jeg må ta høyde for at ulik ordlyd og spørsmålsstilling, samt andre spørsmål mer generelt, kan ha bidratt til at jeg har fått ulike svar fra ulike informanter, og følgelig satt sitt preg på mine funn.

4.1 Et endret ritualiseringsbilde

Utvalget mitt beskriver ulike former for ritualisering i etterkant av dødsfall på deres respektive institusjoner. Jeg har valgt å se på likheter og ulikheter i disse beskrivelsene og på bakgrunn av dette systematisert ritualiseringspraksisene i grupper. Etter denne systematiseringen ble jeg stående igjen med fem former for ritualisering:

- 1 Syning
- 2 Båreandakt
- 3 Minimalistisk gravferd

4 Avslutning ved seng

5 Ritualisering etter barnedødsfall

Jeg vil i det følgende redegjøre for hva som kjennetegner den enkelte ritualiseringen.

4.1.1 Syninger

Fire av seks informanter forteller at de har syninger som en avklart del av sin jobb. De beskriver en økning i bruken av denne praksisen. NN4 presenterer statistikk på dette, og viser til at bruken har doblet seg på hans arbeidsplass siden starten av 2000-tallet. En tilsvarende sterkt økende tendens bekrefter også de andre informantene.

Det er stor variasjon i syningspraksisen. Den rituelle praksisens innhold varierer mye; fra at pårørende kommer, ser og går igjen, til en seremoni med mange religiøse elementer. NN5 omtaler det sistnevnte som en «på sparke-båreandakt». Det er også forskjell på om syningen holdes i et kapell eller et syningsrom, noe som i en del tilfeller avgjøres på bakgrunn av hva som er mest praktisk. Hvor mange som er tilstede vil også variere, samt varigheten på syningen.

Noen av faktorene som varierer får NN1 frem:

Og da er det alle varianter av syninger. Da er det fra de som kommer og ikke har med seg noen inn og da bare vil være alene der inne. Og er der 5 minutter, og går igjen. Til andre enden av skalaen hvor de liksom vil ha bønn, velsignelse, salme og ønsker en veldig tung involvering av prest [...] (NN1)

Informantene forteller at det er ønskelig med syning rask tid etter dødsfall, i løpet av de etterfølgende dagene, også fordi dette gjerne er et uttrykt behov fra de pårørende. Det er likevel omstendigheter der det tar litt lengre tid, da for eksempel fordi kroppen enda ikke er frigitt fra rettsmedisinsk institutt.

4.1.2 Båreandakt

I motsetning til syninger, er båreandakten en praksis med negativ utviklingskurve. Det blir uttrykt at det «spørres uhyre sjeldent etter det» (NN2) og at «vi kanskje bare hatt noen få i år, og før så var det kanskje en gang i uka» (NN3). Flere forteller at det var rundt midt på 2000-tallet det begynte «å dabbe av» (NN1).

De gangene bæreandakt blir spurt etter forteller NN6 at forespørselen kommer fra kirkevante eller mennesker som kommer fra et sted hvor det er tradisjon for det. NN4 trekker også frem at geografiske forhold kan spille inn: «vi har inntrykket av at det er færre bæreandakter i byen» (NN4).

Selve bæreandakten fremkommer i ulike varianter. Noen av informantene forteller om bæreandakter der den avdøde ligger i kiste og andre der avdøde trilles i et kapell liggende på en sykehusseng. Innholdet varierer også noe, men som regel følges det en form for liturgi. Liturgien kan inneholde en liten andakt, men noen av informantene påpeker at de ikke bruker å holde det.

Flere informanter beskriver at bæreandakten har noe formelt over seg. NN3 peker på kapellet og rommet som noe som er med på å gjøre bæreandakten formell. NN4 forteller at de pårørende gjerne er pyntet og at presten stiller med presteskjorte og i noen tilfeller alba, noe som bidrar til det samme.

4.1.3 Minimalistisk gravferd

En mer stabil praksis som flere av informantene beskriver, er det jeg har valgt å kalle *minimalistisk gravferd*. Informantene forteller at dette i utgangspunktet ofte bæreandakter, men som blir til gravferder fordi de legger til jordpåkastelseelementet fra gravferdsliturgien. Innholdet ellers likner bæreandakten og følger en nedstrippet liturgi som NN4 uttrykker det.

Den minimalistiske gravferden blir gjerne til fordi avdøde ikke har ønsket eller de pårørende ikke ønsker at det skal være noe etterpå. Da er det gjerne presten eller prest i samråd med begravelsesbyrået som legger til rette for at dette blir «det aller siste» (NN5).

NN3 påpeker at selv om det skjer i blant er det egentlig ikke ønsket fra institusjonens side, fordi det gjør noe med opplevelsen til de som bor på institusjonen dersom det stadig er begravelser i lokalene.

4.1.4 Avslutning ved seng

En praksis som beskrives av informantene å skje på regelmessig basis (noen ganger i måneden), er en form for avslutning på rommet, ved sengen. Avslutningen ved sengen kan både skje rett i forkant av dødsfall og kort tid etter dødsfall. NN4 påpeker at når ritualiseringen skjer så kort tid etter dødsfall er den ofte preget av sterke følelsesuttrykk eller stor lettelse.

Denne formen for ritualisering initieres av de pårørende ved at de tilkaller sykehuspresten til rommet. Det at pårørende selv ber om presten legger en tydeligere forventning til religiøst innhold, uttrykker informantene. NN6 sier det slik:

Men det som en kanskje opplever litt mer i forbindelse med avslutning ved seng, er at de som ber presten om å komme har et mer avklart forhold til kirke og kristendom. Du har et bredere publikum når du kommer på syningsrommet også opplever en nok at det er en, i utgangspunktet, mer avklart kristen tilknytning eller forankring når du blir bedt om å komme.

4.1.5 Ritualisering etter barnedødsfall

Halvparten av informantene mine, de som jobber på sykehus der disse formene for dødsfall er en del av virkeligheten, trekker frem barnedødsfall som en viktig hendelse å ritualisere over. De påpeker at dette er hendelser hvor det er veldig ønskelig med bruk av rituelle praksiser, både fra de pårørende og sykehusets side. Når jeg bruker ordet barnedødsfall menes alt fra sene aborter i svangerskapet og dødfødsler til ulike dødsfall av barn som har levd noen år. Informantene beskriver at det varierer om ritualiseringen skjer på rom eller i et kapell/syningsrom, litt ut ifra hva som er ønsket. Det vil også variere om ritualiseringen blir en slags erstatning for begravelsen, eller om det i tillegg vil holdes en begravelse i etterkant - dette påvirkes av både barnets alder og de nærmeste sine ønsker.

Disse ritualiseringssituasjonene har et litt annet særpreg enn de øvrige beskrevne ritualiseringene, og det er grunnen for at de nevnes som en egen rituell praksis. NN4 gir uttrykk for dette:

Vi har jo mange gravferder knyttet til barnedødsfall, aborter eller dødfødsler da, som jo ofte blir en type... de blir også registrert som gravferder. For det er jo også et ritual som ofte blir en slags minnestund. [...] Men det er nesten en sånn... eget ritual.

Denne informanten bruker ordet minnestund, slik jeg forstår det ut ifra konteksten, som noe som peker i den retning av at det ikke nødvendigvis er en religiøs forankring i den rituelle praksisen. Det sies også at sykehuspresten tar på seg en rolle som seremonileder. Samtidig påpeker en annen informant, NN5, at sykehuspresten av og til stiller seg i bakgrunnen, dersom sykepleiere ønsker eller har behov for å delta i eller lede ritualiseringen, særlig når de har vært tett på familien over tid.

Når det kommer til ritualiseringens form, beskriver flere av informantene at de i møte med barnedødsfall inntar en fleksibel holdning. De ønsker i den gitte situasjonen å skape noe som passer godt for de som står igjen etter å ha mistet et barn. NN6 uttaler: «[...]men disse små... da lager vi noen skreddersydde siste seremonier, for de nære og kjære».

De skreddersydde seremoniene har ofte høy grad av involvering. Det er gjerne fysiske handlinger som inngår i ritualiseringen. NN5 sier det slik: «Det pleier gjerne å være noen fysiske ritualer; legge fra et sted til et annet, ta med litt klær, legge over et teppe, litt sånne ting». Dette med å kle på, legge i kiste osv. er noe samtlige av informantene som bruker ritualisering over barnedødsfall trekker frem.

På et spørsmål til NN4 om vedkommende åpner for den samme formen for tilpasset ritualisering i etterkant av andre typer dødsfall, svarer informanten at de nok strekker seg lengre når det kommer til barnedødsfall og at den samme graden av involvering ikke er tilstede ved voksendødsfall. Dette begrunnes med at sorgen muligens kan være mer krevende og at det kreves mer av sorgarbeidet:

Man kan kanskje si at sorgen kan ofte være større når man mister et barn [...] og at sorgarbeidet krever mye mer da. Og at det sånn sett kan være godt for pårørende å gjøre noe mer – å gjøre noe, at de kanskje har et større behov for å gjøre noe for den døde, eller for sin egen del. (NN4)

Det samme understreker NN5, som i tillegg trekker frem at foreldrerollens fokus på å beskytte barna sine er noe som også fortsetter etter et dødsfall, og følgelig bør ivaretas i ritualiseringen.

4.1.6 Et annet samfunn enn før

Som sett ovenfor har det skjedd et skifte fra færre bæreandakter til flere syninger og generelt mindre religiøst innhold i ritualiseringen. Jeg spurte informantene hva de tenkte var grunnen

for skiftet i ritualiseringsbildet som de selv beskrev. Flere faktorer ble trukket frem i deres svar på spørsmålet.

4.1.6.1 Sekularisering og større livssynsmangfold

En del av informantene peker på en overordnet samfunnsendring som har skjedd i vårt samfunn, som en mulig bakgrunn for endringen i ritualiseringen som skjer på sykehusene. De beskriver at det har skjedd en endring i tilknytningen til den kristne kulturarven. NN2 uttrykker det slik:

Jeg tror at flere og flere folk rett og slett ikke vant med det. Jeg tror vi blir mer og mer... jeg tror flere og flere folk rett og slett bare er helt ukjent med de tingene der. De er ikke opptatt av det. Og har det heller ikke på radaren sin, for å si det sånn.(NN2)

Det med at det kristne er ukjent for folk er noe som kommer igjen flere ganger i intervjuene med noen av informantene, samt at det kristne språket kan oppleves fremmed og fremmedgjørende. Selve ordet båretandakt trekkes også frem som et fremmedord som sannsynligvis de fleste nordmenn ikke vil kjenne til hva er.

Videre er samfunnet i dag mer mangfoldig enn tidligere hva gjelder livssyn. NN5 forteller at dette er med på å gjøre at det er mindre naturlig for hen å foreslå et kristent ritual. Informanten sier videre at hen kunne tenkt seg flere rituelle ressurser, og at vedkommende kunne tenkt seg mer prinsipiell tekning i kirken omkring hvilke grenser og muligheter prester skal forholde seg til når det kommer til ledelse av livssynsåpne ritualer.

4.1.6.2 Prioriteringer, føringer og mobilitet

Noen av informantene trekker frem at endringen mot flere syninger kan handle om prioriteringer, samt den faglige bevisstheten i helsevesenet i vår tid om at syninger er viktig. Selv fremholder NN5 at «syningen er det aller viktigste». Denne holdningen til at syninger er viktigst er det mulig at også preger begravelsesbyråene. NN6 får frem nettopp dette:

Så jeg tror det er et behov, også tror jeg begravelsesbyrået de har sett betydningen av dette og trigger gjerne på det. Samlet sett så tror jeg at det er et sånt skyv i retning av syninger og flere syninger.

Et annet forhold som kan være med på å forklare skyvet i retning flere syninger, mener informantene at kan ha å gjøre med økt mobilitet i befolkningen. NN1 trekker frem at vi i større

grad enn før reiser, flytter på oss, jobber og studerer i utlandet, noe som betyr at dødsfallene ofte inntreffer uten at de pårørende er tilstede. Syningene blir da en måte å la pårørende få se den avdøde en siste gang.

4.2 Sykehuspresterollens egenart

4.2.1 Prest på en annen måte

Flere av informantene mine setter ord på at sykehuspresten skiller seg fra det bildet mange har av den tradisjonelle presten. NN1 sier at hen opplever at når pårørende møter sykehuspresten så møter de ikke det hen kaller en «prest-prest». Dette knytter seg til hvordan de blir oppfattet – sykehuspresten er og oppfører seg som et helt alminnelige menneske. NN6 forteller om et komplement hen har opplevd å få fra pårørende som får frem det:

Og vi får ofte kommentarer på at «dere er annerledes prester» (humrer). Og det tar vi som regel som et komplement fordi... «dere er litt mer sjømannsprester» er det noen som sier til oss, og det har litt å gjøre med at vi kanskje er opptatt av å være tilstede, være alminnelige

Dette sitatet sier noe om hvilket bilde folk, da sannsynligvis lite kirkevante mennesker, i dag har av prester i utgangspunktet. Det viser også at sykehuspresten blir sett på som noe annet enn dette, og at det har å gjøre med deres alminnelighet.

4.2.2 I mellomposisjon - forhandling mellom rollene

Noe som kommer frem av det mine informanter sier, er at de befinner seg i en form for mellomposisjon. NN1 kaller sykehuspresten en «mellomperson» fordi hen hører til på sykehuset, samtidig som hen har en annerledes rolle enn de fleste som arbeider der. Sykehusprestene er ansatt på sykehuset, men de er også prester av bakgrunn. I dette spennet kan det oppstå utfordringer. Forhandlingen mellom sykehusansattrollen og presterollen blir synlig i en rekke praktiske dilemmaer: Skal sykehuspresten bruke frakk eller presteskjorte? Skal syningsrom/kapell være pyntet med kristne symboler som et utgangspunkt eller ikke? Skal det forventes en kristen profil når presten tilkalles eller ikke?

Det er ulikt hva informantene velger å vektlegge i forhandlingen mellom rollene. Noen av informantene uttrykker overfor meg en lojalitet overfor kirken og sine kirkelige overordnede: «Men det har vi for så vidt klarert med prostene, at det er greit å gjøre det sånn» (NN4). Dette

sitatet peker i retning av at informanten er opptatt av å utøve tjenesten på sykehuset i samsvar med det kirken ellers står for. Andre informanter legger større vekt på sykehuspresten som en ansatt ved sykehuset:

jeg er litt opptatt av at vi ikke uten videre er kirkens forlengende arm inn i sykehuset, men vi er ansatt i foretaket som helsepersonell. Sykehusprest-profesjonen har ikke blitt utviklet i prostiet eller hos biskopen, all respekt for de, men her i denne virkelige virkeligheten. (NN6)

I hvilken grad de føler lojalitet til kirken og sine kirkelige autoriteter kommer også mer overordnet til uttrykk gjennom informantenes utsagn om kirke og kirkelige autoriteter, og deres relevans for sykehusprestens tjeneste. Noen av informantene beskriver også en avstand mellom seg selv og sine overordnede, og at de føler at de står noe alene i sin tjeneste, uten at dette nødvendigvis lades negativt.

4.2.3 Diakonal vaktmester

De informantene som har syning som en del av sin jobb forteller også om en tilrettelegging knyttet til disse. Tilretteleggingen handler om å gjøre i stand der begravelsesbyrået ikke er involvert, samt tilrettelegge for at mennesker som har andre religioner og livssyn skal få utført sine ritualer på en god måte. NN5 beskriver sykehusprestene som «litt vaktmestere». NN1 beskriver seg selv som en representant fra sykehuset i de tilfellene der det er ikke-religiøse eller andre religiøse som skal ha en form for ritualisering.

I tilfellene der det ikke er ønsket prest beskriver NN1 at hen holder seg i bakgrunnen, men spesifiserer at dette også er en diakonal handling. NN6 uttrykker noe av det samme når hen bruker et teologisk språk om sykehusprestens tilrettelegging for andre religioners ritualisering: «så, nær sagt, velsigner vi at de velsigner på sin måte».

4.2.4 Kompetanse

På et spørsmål om informantene tenkte at det hadde noe å si at det var sykehuspresten som ledet ritualiseringen, fikk jeg flere svar som trakk frem kompetansen sykehuspresten bringer med seg inn i tjenesten. NN1 påpeker at presten har en lytte- og samtalekompetanse som er verdifull i møte med pårørende etter dødsfall. Andre informanter trekker også frem kompetansen med

mennesker i sorg. Disse formene for kompetanse har ikke blitt til over natten, men har lange røtter. NN5 viser til tradisjonen sykehusprestene står i, og hvordan dette skiller seg fra andre tradisjoner:

[...] vi prester har et fortrinn ved at vi har en lang tradisjon hvor vi har kunnet bygge opp kompetanse, både i kirken og i helsevesenet. Det er noe med den sjelesørgeriske tilnærmingen som andre religioner for eksempel ikke nødvendigvis har, for det kan være andre ting enn sjelesorg de er opptatt av rundt dødsfall, og andre behov kan det være, ikke sant. Bønner og ritualer i noen sammenhenger... for noen kan det være viktigere enn sjelesorg også, hvor de ikke er så opptatt av samtaler, det ser vi også her rundt dødsfall.(NN5)

Samtidig som NN5 fremholder prestens kompetanse, sier hen at dette ikke er noe som behøver å tilhøre sykehuspresten eksklusivt i fremtiden. Det vil likevel kreves at kompetansenivået på disse områdene heves også i andre tros- og livssynssamfunn, sier hen.

4.3 Ritualisering skapes i kontekst

Noe samtlige informanter gir uttrykk for er at ritualiseringen de er med på å danne ikke blir til i et vakuum. De er alltid, på en eller annen måte, preget av konteksten det blir til i og som de skal snakke inn i. Det å drive teologi i en sykehusvirkelighet er kontekstuell teologi, påpeker NN4. Med dette menes det at hvert enkelt tilfelle må tas i betraktning. NN2 snakker om at det ikke finnes en rett mal for hvordan ritualisere; «Det er ikke noe sånn one size, fits all» (NN2). Hver død er forskjellig, og det samme er familiene, sier NN2 videre. Det er i den virkeligheten sykehusprestene opererer. Dette ble synlig både når informantene reflekterte faglig over sin egen tjeneste og når de beskrev konkrete ritualiseringssituasjoner.

4.3.1 Faglige refleksjoner over bruken av ritualisering

4.3.1.1 Den andre i fokus

Informantene gir uttrykk for at det skal være den andre som står i fokus. Dette handler om hvem som er premissleverandør i situasjonen, noe sykehuspresten må være var for. NN2 mener at ritualet kan fremstå som en flukt, noe presten gjemmer seg bak fordi vedkommende ikke orker situasjonen, eller i verste fall kan det være en pidestall for å fremme seg selv og sitt eget religiøse rammeverk. Hen påpeker at sykehuspresten stadig må innta en holdning om å sette den andres behov først:

Ja, fokuset er hele tiden; hvordan kan jeg betjene disse menneskene? Og om jeg må bruke helt andre ord enn jeg selv... altså hvor fleksibel jeg kan være, handler om hvor mye jeg kan inkarnere meg, det er det det handler om.(NN2)

Fleksibiliteten som kreves av sykehuspresten beskriver informanten med et teologisk språk; å inkarnere seg. Også andre informanter påpeker at det å møte andre mennesker med fleksibilitet er fruktbart. NN4 sier at sykehuspresten må ha en pastoral tilnærming som åpner for å gjøre endringer og «tone ned» det kristne innholdet der sykehuspresten vurderer det som riktig.

4.3.1.2 Splittelse i utvalget i synet på liturgi

Der samtlige er enige i at konteksten og den andres behov er vesentlig når det kommer til ritualisering etter dødsfall, opplever jeg at utvalget mitt skiller seg nesten på midten i synet på liturgi i ritualiseringssituasjoner. Dette fremgikk av svaret på spørsmål knyttet til bruk og holdninger til bæreandaktsliturgien (slik den fremgår i gudstjenestebok for Dnk, del 2).

Den ene halvdel av utvalget stiller seg i utgangspunktet positive til å ha en bæreandaktsliturgi som kan trekkes frem i ritualiseringssituasjoner. NN1 og NN5 trekker frem at det er fint med et rammeverk. Rammeverkene kommer til sin rett for eksempel de dagene hvor kreativiteten ikke er på plass eller det er kort tid til å forberede seg, uttrykker NN5. NN1 påpeker at det kan være fint med et rammeverk for de som ikke er i ritualsituasjonene hele tiden, samtidig som hen advarer mot at liturgien skal fungere som en «tvangstrøye».

NN3 stiller seg også positiv til bæreandaktsritualet, men påpeker i likhet med de andre at det må være rom for å gjøre endringer fordi liturgien slik den er i dag har noen svakheter. For eksempel blir det sagt om liturgien: «den er ganske gammelmodig i formen» (NN3) og «det er ord som jeg synes blir helt... alt for store og rare å bruke i en sånn liten setting. Også blir det alt for mye» (NN1). På bakgrunn av denne kritikken etterlyser to av informantene et nytt bæreandaktsritual. I påvente av et eventuelt nytt og forbedret bæreandaktsritual forteller informantene om endringer de selv gjør ved bruken av dette: de tar ut andaktsbiten, endrer formuleringene i bønnene, velger en annen velsignelse og navngir den avdøde. En av informantene slutter, etter å ha beskrevet hvordan de gjør det hos seg, med å lage en hysj-lyd og holder fingeren foran munnen som et tegn på at dette er noe de ikke snakker så høyt om.

Den andre delen av utvalget forholder seg mer skeptisk til liturgien, uten at de ser helt bort i fra at liturgi kan fungere for noen. Informantene uttaler at de ikke trenger eller ikke ønsker en liturgi. De fremholder kreativitet som en viktig faktor i ritualiseringsdannelse:

Ja, da tenker jeg at det må være kreativt. Noe som fordrer oss prester til å være kreative, det det bør være, liturgi og ritual bør være noe kreativt. Mens nå er det jo det mange forbinder med det... noe dritt og livløst.(NN2)

Der liturgien er tilstede så må den være preget av situasjonen den skal snakke inn i, og kan ikke være ferdig på forhånd: «Det nytter ikke å stille med en ferdig liturgi (holder på gudstjenesteboka, del 2), men du er i det levende pulserende liv.» (NN6)

4.3.2 I møte med den andre

4.3.2.1 Samtalen som et punkt der sykehuspresten tuner seg inn

Samtalen beskrives av flere informanter som punktet hvor sykehuspresten kan plukke opp viktig informasjon som legger grunnlaget for en eventuell ritualisering. NN2 sier det slik:

Det blir ofte et sted for fortellingene rundt et dødsfall... at folk, familie - de får behov for å fortelle om den som er i ferd med å dø eller har gått bort da. Og på bakgrunn av de fortellingene får du jo en del informasjon. Og igjen, på bakgrunn av den informasjonen, danner jeg en slags idé om hva som kan være fint å gjøre i den situasjonen.

I tillegg til denne informasjonen som gis, kan samtalen gi sykehuspresten en oversikt over situasjonen og menneskene som er berørt. Oversikten kan bidra til at sykehuspresten lettere kan plukke opp behovene til den enkelte.

Selve samtals karakter kan variere. Noen av informantene beskriver en telefonsamtale med pårørende, mens andre setter av egen tid til dette i forkant ritualiseringen. Av og til skjer samtalen på vei fra resepsjonen ned til stedet hvor syningsrommet skjer, og da beskriver NN1 at presten har kort tid til å finne ut hva familien kunne tenke seg og er bekvem med.

Informantene bruker disse ordene om det å koble seg på virkeligheten til de pårørende: *inntuning*, *sense*, *zoome inn* og *tune inn*. Dette virker som noe som skjer helt spontant og automatisk i sykehuspresten. I tillegg til det som skjer spontant, forteller NN5 også at hen

forsøker å sjekke ut litt hva som virker greit med kroppsspråk; «liksom ha litt blikk-kontakt med dem, er vi på bølgelengde liksom?»). Andre informanter forteller at de spør rett ut. Det sistnevnte vil vi se nærmere på nå.

4.3.2.2 To ulike holdninger til det å spørre om religiøst innhold

I løpet av intervjuene mine kom mange av informantene mine inn på hvilke tanker de har gjort seg rundt det å spørre om pårørende ønsker religiøst innhold i ritualiseringen som skjer i etterkant av dødsfall. En av informantene har kun religiøse ritualiseringer, og begrunner dette slik: «fordi jeg tenker at hvis de først vil ha, de får jo også først spørsmål fra sykepleiere om de vil ha prest til stede, og da tenker jeg at da har de på en måte har sagt ja til det» (NN3). Ut over denne informanten, så ante jeg i analyseprosessen konturerer av to holdninger blant mine informanter:

- 1) de som tenkte at det i utgangspunktet er forventet av presten å spørre
- 2) de som i utgangspunktet er tilbakeholdne med å spørre

I den førstnevnte gruppen er det de som kjenner det som en forventning om å spørre. Begge informantene som faller inn i denne kategorien påpeker at det finnes tilfeller der de er mer tilbakeholdne, for eksempel hvis pårørende er tydelige på at det ikke finnes noen kirkelig tilknytning. Det som ser ut til å være viktig for informantene i denne gruppen er hvordan invitasjonen formuleres. NN1 sier at «Jeg tenker at det er ganske viktig å bare prøve å finne noen sanne åpne formuleringer da. Sånn at de kjenner friheten til å velge seg inn eller ut av det prestelige eller kirkelige ritualmessige». NN6 minner om at sykehuspresten er en maktperson, noe som fordrer særlig forsiktighet. Selv har NN6 kommet frem til en formulering som hen bruker: ««Det hender at prester ber en bønn og lyser en velsignelse, så hvis dere ønsker noe sånt får dere bare si ifra»» Denne formuleringen åpner opp muligheten for å be om det, uten at den pårørende behøver å si nei.

Det er dette med at pårørende må si nei som gjør at noen av informantene er tilbakeholdne med å spørre. Dette med å være påtrengende nevnes av NN4 som en grunn for å ikke spørre. NN5 sier også at en ikke skal overrumple de pårørende med det spørsmålet. NN2 trekker frem mulig fremmedgjøring som årsak til tilbakeholdenhet. NN1, som i utgangspunktet stilte seg positiv til

å spørre, forteller at hen i senere tid har gått i retning av å gjøre det i mindre grad, på grunn av redsel for å tråkke over andres grenser.

4.3.2.3 Tilpasset språk

Jeg har funnet at informantene mine i ritualiseringssituasjonen har en bevissthet rundt bruken av språk. Sykehuspresten må se an situasjonen ved valg av ordene som brukes: «Jeg tror... eller jeg vil nok velge helt andre ord hvis det er sjokk og plutselig og veldig opprevet, så bruker jo helt andre ord enn de jeg bruker hos de gamle menneskene som dør»(NN1). Språket preges således av situasjonen rundt dødsfallet. I tillegg preges språket av de pårørende som ritualiseringen er til for: «Hva slags språk er de bekvem med? Hva slags vokabular er de bekvem med? Hva er deres bakgrunn? Og eventuelt, hva vil være fremmedgjørende for de? Hva vil være ubehagelig? Hva vil være kleint?»(NN2).

4.3.2.4 Tilgjengelig, men ikke påtrengende

Flere av informantene mine reflekterte over egen tilstedeværelse i ritualiseringssituasjoner, både syninger uten religiøst innhold og i etterkant av ritualiseringer der presten har ledet en form for ritual eller rituell praksis. Gjennomgående virker det som om prestene forsøker å være tilgjengelige, uten å virke påtrengende.

Når det gjelder syningene forteller informantene om ulike strategier for å balansere nærvær og respekt for privatliv. NN5 forteller om sin måte å gjøre det på: «Jeg pleier å gå litt ut og inn. Jeg prøver å fange opp om familien ønsker å være litt alene, eller ikke.» Andre informanter forteller at de sitter bakerst i rommet, eller velger å vente utenfor med mindre de blir bedt inn.

Også når det kommer til andre ritualiseringssituasjoner hvor sykehuspresten har hatt en mer sentral rolle, har informantene ulike måter å møte utfordringen knyttet til det å være tilgjengelig, men ikke påtrengende. Noen velger å gå ut raskt etterpå, mens andre blir værende en stund. NN3 påpeker at hen blir værende i nærheten etter å ha gått ut av et rom eller kapell i etterkant av en ritualisering. Hva informantene velger å gjøre baserer seg på en vurdering av situasjonen og stemningen:

Så noen ganger blir jeg der en stund etterpå fordi jeg fornemmer at de trenger det. Og andre ganger går jeg veldig fort. Hvis jeg merker at det er en familie som tar godt vare på hverandre, dette er deres rom, da kan jeg fort sense at jeg ikke skal være der mer enn nødvendig. Mens andre ganger er det behov for tilstedeværelsen av den utenforstående. (NN1)

Stemningen mellom menneskene i rommet forteller sykehuspresten noe om behovene som ligger der og kan hjelpe sykehuspresten å navigere seg frem til hvordan personen hen kan være tilgjengelig uten å være påtrengende.

4.3.3 Det rituelle innholdet

Som nevnt har jeg funnet ut at ritualiseringen preges av dets kontekst. Likevel er det noen elementer som ser ut til å gå igjen når den religiøse biten er tilstede. Dette gjelder bønn, Fadervår og velsignelsen. I tillegg bruker noen informanter fribønn, bibeltekst (med eller uten ord knyttet til) og salmer/sanger (sunget eller lest). Noen bruker også mer allmenne elementer som dikt og lystenning. Sistnevnte er det flere informanter som trekker frem som noe de gjerne skulle brukt mer, men som de har begrenset mulighet til å bruke på sykehus av brannsikkerhetshensyn.

To handlinger som skiller seg fra det øvrige er håndspåleggelse og minnedel. Det førstnevnte er en handling NN6 åpner for under bæreandakter og avslutninger på rom, og hen beskriver det slik:

[D]et som jeg ikke sjeldent da gjør, det er å be de nærmeste å legge hånda på hodet [...] til den avdøde. Da kommer det flere hender (viser hånd på hånd), og jeg, hvis jeg står i nærheten, så legger jeg min på toppen. Og det er utrolig hvor inkluderende det oppleves når det kommer til stykke. Og akkurat den biten der... da blir det stille

NN3 på sin side beskriver et punkt som åpner for deltagelse av de pårørende: «Også er det alltid et punkt hvor de, som jeg har sagt fra om på forhånd, kan dele: «hvis noen har lyst til å si noe eller legge en blomst i senga eller sånt, så gjør vi det». Dette punktet blir det NN3 kaller en minnedel, hvor de pårørende kan få bringe det de måtte ønske inn i ritualiseringen.

4.3.4 Illustrasjon: «Jeg velsigner de døde også»

En illustrasjon på at det kontekstuelle preger teologien til sykehusprestene er refleksjoner knyttet til det å lyse velsignelsen over den som er død. To informantene gir uttrykk for at det

egentlig ikke er ideelt teologisk, samtidig som de gjør det for å imøtekomme de pårørendes forventninger.

NN5 påpeker at dette er en teologi som ikke hører hjemme i den kirkelige tradisjonen hen tilhører (altså Dnk). Videre sier NN5 at hen personlig føler at det er litt ukomfortabelt. Likevel velger hen å gjøre det fordi det «nok (er) viktig at jeg gjør det over avdøde óg» (NN5). For sin egen del velger NN5 å tenke at det er en overgivelse av den døde, og passer på å se på de levende når hen velsigner.

NN1 får også frem den samme spenningen knyttet til velsignelsen. Praksisen beskrives av NN1 som «ikke [...] helt politisk korrekt» og «kanskje litt frynsete teologi». Når NN1 likevel velger å gjøre det handler det om at det fungerer godt: «sjelesørgerisk fungerer det veldig bra da». Videre reflekterer NN1 over valget om å gjøre det slik teologisk og påpeker at dette er en måte å ramme inn livet til den avdøde på, fra dåp til død. Det med å knytte inn dåpen påpekte også NN5 i en mail som hen sendte i etterkant av intervjuet i den hensikt å legge til og utdype det hen allerede hadde sagt.

4.4 Ritualiseringens potensial

Noen av informantene peker på at ritualisering er et av flere verktøy som sykehuspresten har tilgang på. Hvilket verktøy som tas i bruk avgjøres blant annet av konteksten, som vi har sett under punkt 4.3. Når sykehuspresten velger å bruke nettopp ritualisering i møte med pårørende, er dette fordi de mener at denne har potensial til å kunne bety noe for de pårørende.

Jeg bruker ordet potensial fordi flere av informantene ikke utelukkende ser positivt på bruk av ritualisering. De nevner at det da handler om at sykehuspresten kanskje ikke får til å koble seg på, at ritualet eller den rituelle praksisen blir fremmedgjørende eller ikke noe de kan identifisere seg med. NN5 uttrykker det sånn:

jeg (tror) at for at ritualene skal fungere, så må man litt sånn... identifisere seg med dem, gjøre dem litt til sitt eget, det må i hvert fall ikke være sånn at det er helt på tvers av det som er riktig for meg.

Dette bildet kan suppleres av fallgruvene som er nevnt under punkt 4.3.1.1.

Samtidig som noen av informantene trekker frem potensielt negative sider ved ritualisering, sier flere av disse også at dette tilhører unntakene, og beskriver utfyllende hvilket positivt potensial ritualisering har. I det følgende vil jeg presentere funnene som relaterer seg til ritualiseringens positive side.

4.4.1 Ritualiseringen på sykehuset er en del av en større sorgprosess

At ritualisering som utføres på sykehuset i etterkant av et dødsfall inngår i en større prosess, en sorgprosess, fremgår av det flere informanter forteller. De gir uttrykk for at ritualiseringen som skjer på sykehuset blir som et steg eller trinn på veien:

Jeg tenker at det, på et nivå, en del av, hva skal vi si, en del av en sorgprosess da. Hvor det har ulike, hva skal vi si, at det å ha disse, hvis man både har en samling ved sengen, og en bæreandakt og en begravelse litt senere, så er alle de tingene, kan være med som en del av sorgarbeidet – det å ta farvel. At det kan være fint å ha flere... gå en vei da, med flere stasjoner da, eller trinn. (NN4)

Informanten uttrykker at ritualiseringen som skjer på sykehuset kan spille positivt inn i det større sorgarbeidet som skjer i forbindelse med et dødsfall. NN6 gir uttrykk for det samme, og legger til at hen tror arbeidet som gjøres den første uka etter dødsfall på sykehuset er med på å påvirke sykemeldingstallene betraktelig i positiv forstand.

4.4.2 Å sanse døden er viktig

Syninger, en praksis som har økt betydelig, holdes frem av informantene mine som betydningsfull. De fremhever særlig det sanselige ved syningen som viktig:

[V]i tror det er veldig veldig viktig at man har den muligheten til å komme å se, ta på, altså virkelig få lov til å ta inn med sansene sine at dette er sant og at dette har skjedd og at dette forholder vi oss til nå da. (NN1)

Det informantene gir uttrykk for er en realitetsorientering som skjer gjennom det å se og fysisk berøre den døde. Realitetsorienteringen er særlig viktig ved brå og krevende dødsfall. NN6 mener at det da er «et behov, litt ekstra, å se og være». I tillegg til realitetsorientering kan sansingen være til hjelp for mennesker som er redde for å se. Noen mennesker forbinder død med noe skummelt, og har et bilde av syning som stammer fra amerikansk TV hvor døde mennesker trekkes ut fra veggen liggende på et metallbrett i en pose med glidelås. Gjennom å

trygge og tilrettelegge kan sykehuspresten imøtekomme pårørendes redsel på en måte som gjør at syningen kan bli en fin opplevelse for de pårørende, sier NN5.

Noen av informantene mine løfter frem syning som en rituell praksis som også kan kombineres med andre ritualiseringsformer, for eksempel bæreandakten. Da vil den åpne kisten gi rom for sansing, mens selve lukkingen av kisten bli en fysisk avskjedshandling de kan delta i, som fører dem over i en bæreandakt hvor de kan finne ro.

4.4.3 Det skjer en endring i de pårørende

Alle informantene mine sier noe om at et ritual eller en rituell praksis, i den grad det fungerer, preger stemningen i rommet på en positiv måte. Ordet *ro* brukes av mange av informantene for å beskrive det som skjer. Andre ord som brukes for å beskrive det samme er *fred, trygghet* og *stillhet*.

Dette stemningsskifte gjenspeiles også i de pårørende, ifølge mine informanter. Spesielt er utløsning av følelser som trekkes frem. Gråt pekes på som et uttrykk for følelser som ofte er tilstede under ritualisering. I tilfeller med lange sykeleier kan dette være første stedet der pårørende lar gråten virkelig få komme ut:

Jeg kan kjenne en ro. For det har vært en krevende situasjon, de har kanskje sovet lite, sittet mye og våkt [...] kanskje kan de endelig gråte, fordi de ikke har klart å gråte før, fordi de har vært så tilstede for den som er døende. Så det utløser følelser, ritualet, og det uttrykker følelser. (NN3)

Ulike følelser får utløp i ritualiseringssituasjonen; alt fra glede, tristhet og sinne. NN6 beskriver en situasjon der det sistnevnte var tilfellet for en pårørende. Informanten forteller om et ungt menneske som bannet og trampet rundt i rommet under en syning. Personen var tydelig sint på sin avdøde forelder som hadde dødd brått i en ulykke som kunne vært unngått. Informanten min uttalte følgende om dette møtet:

Og jeg velsigner banninga hennes. Rett forstått, fordi for henne var det en utrolig viktig måte å få ut tapsfølelsen. Og der er det noe som er veldig viktig til det som skjer her, nemlig bidra til en bearbeiding, vi bidrar til det som er så utrolig viktig nemlig å få kontakt med følelsene - med hele mennesket. (NN6)

Informanten utsagn gir uttrykk for at det å komme i kontakt med følelsene sine er en viktig del av den større prosessen, bearbeidingen, som de pårørende er inne i.

Videre fortalte informantene at de kan se at noe har skjedd med de pårørende under ritualiseringssituasjonen, på måten de går ut fra rommet etterpå. En informant sier det slik: «Når de går ut så ser vi at det har falt mange mange kilo av skuldrene deres. De har noe utrolig viktig bak seg» (NN5). Denne fysiske, kroppslige endringen i pårørende vitner som om at det har skjedd en endring hos dem, er det flere av informantene som bemerker.

4.4.4 Pårørende hjelpes til å dra fra den avdøde

Det kan være vanskelig for de pårørende å reise fra avdøde. Dette er noe ritualisering kan hjelpe til med, mener flere av mine informanter. De setter ord på at ritualene og rituelle praksiser kan være med på å markere noe; en avslutning, avrundning eller overgang. En av informantene peker på bæreandakten som et eksempel på et overgangsritual: «Så på den måten er jo også bæreandakt eller minnestund et overgangsritual, fordi det er avslutning av noe. Jeg tror det gjør det lettere for folk å gå fra den som er død.» (NN3). Det å markere overgangen mener hen gjør det lettere å reise fra sykehuset.

En annen informant trekker frem at overgivelsen av den døde i ritualiseringen er noe er med på å gjøre det lettere for pårørende å forlate den døde. Sistnevnte gjør seg kanskje gjeldende i størst grad der ritualene eller de rituelle praksisene har en religiøs dimensjon ved seg og hvor det skjer en overgivelse i en høyere makts hender. Funn som belyser det potensial som særlig ligger til de kristne ritualene vil jeg redegjøre for under punkt 4.4.6.

4.4.5 De pårørendes egentlige farvel

Flere av informantene omtaler ritualiseringen som skjer på sykehuset som en avskjed, og noen av informantene referer til den første uken etter dødsfall som en uke av avskjeder. En informant kommer også inn på forskjellene ved avskjedene. På et spørsmål om forholdet mellom sykehusritualisering og begravelse svarte informanten at ritualiseringen som skjer på sykehuset er familiens farvel, mens begravelsen er alles farvel. Det formuleres slik: «Så det er familiens, kanskje de aller nærmeste sitt egentlige farvel, slik jeg opplevet at flere kommuniserer det. Mens begravelsen blir mer storfamilien og nettverket og alles farvel på en måte.»(NN1).

NN1 bruker videre begrepet *det lille rommet* for å fortelle om ritualiseringen som skjer på sykehuset. Det lille rommet er mer privat, de får tid og de får se kroppen en siste gang. Det lille rommet blir en motsetning til begravelsen som er av en offentlig karakter og hvor de pårørende «spiller en slags rolle i det store dramaet» (NN1).

Dette bildet må likevel nyanseres noe, da andre informanter også forteller om ritualiseringer, spesielt syninger, der mange mennesker deltar eller er innom. Spesielt vanlig er dette om den avdøde kommer fra en annen kultur. Og i denne sammenhengen forteller NN5 at det kan virke som om de pårørende trer inn i forventede roller. NN4 trekker også frem at gråtekoner i noen tilfeller brukes.

4.4.6 Det kristne ritualets gaver

Ordene er noe mange av informantene mine trekker frem ved det kristne ritualet som noe av stor betydning. I den kristne tradisjonen finnes det ord som har blitt brukt i lang tid:

[de] [e]r liksom litt sånn som det fjellet til... er det ikke Rolf Jacobsen som skriver om det eldgamle fjellet som du kan hvile pannen mot. Jeg tenker at de gamle ordene i ritualene våre er... kan være som et fjell. Bare står der og står der og står der. Uansett hva som skjer, bare står det der. Sånn voldsom tyngde liksom. (NN1)

Ordene med det religiøse innholdet vitner om, ifølge flere av informantene, en Gud som de pårørende kan finne hvile hos, en som kan hjelpe den pårørende å bære og en som tar imot den som er død. Slike gudsbilder kan gi trygghet og styrke for den pårørende i en krevende situasjon.

I tillegg er ordene noe som forbereder den pårørende til en begravelse i Dnk, i og med at flere av de rituelle elementene er de samme, jf. punkt 4.3.3. NN2 beskriver forberedelsen på denne måten:

At man tar med seg noe av det som var sagt eller gjort i det ritualet her på sykehuset, til et språk det sies noe om eller tas med også inn i begravelsen på et eller annet vis... en slags forlengelse. Det gir kanskje en større ro i møte med begravelsen, for vi fikk en ordentlig avslutning på sykehuset, og går inn i begravelsen i en litt annen tilstand enn hvis de ikke gjorde det.

Det er en slags forlengelse mellom ritualiseringen som skjer på sykehuset og det som skjer i begravelsen. NN6 påpeker at dette kan gjøre den mer meningsfull enn den ellers ville vært, og kaller ritualiseringen som skjer på sykehuset «et fint preludium til begravelsen».

Det er nødvendig å påpeke at det ikke utelukkes at tilsvarende gaver finnes i andre religiøse tradisjoner. En informant mener å se at den samme roen kommer til uttrykk i ritualiseringssituasjoner der mennesker med andre religiøse ritualer er involvert, men ut over dette forteller ikke informantene mine nok til å gi et dekkende bilde av dette.

4.5 Oppsummering

Gjennom denne analysen har jeg presentert fire hovedfunn. Det første funnet knytter seg til informantenes uttrykte erfaring av at det har skjedd en endring i ritualiseringsbildet på sykehuset, en endring som baserer seg blant annet på de større samfunnstrendene. På bakgrunn av dette har jeg presentert en oversikt over fem former for ritualiseringspraksiser som sykehusprestene benytter seg av i møte med pårørende etter dødsfall: Syning, bæreandakt, minimalistisk gravferd, avslutning ved seng og ritualisering etter barnedødsfall. Det andre funnet knytter seg til sykehuspresterollens egenart, hvor jeg blant annet har funnet at sykehuspresten befinner seg i slags mellomposisjon mellom sykehuset og kirken. Funnt nummer tre handler om hvordan sykehuspresten navigerer når vedkommende skal lede eller fasilitere en ritualisering etter dødsfall. Her har jeg funnet at sykehuspresten forholder seg til konteksten som foreligger, samt er opptatt av behovene til de pårørende og søker å ha en fleksibel holdning i bunn. Dette er imidlertid ikke alltid uproblematisk for sykehuspresten, da også deres teologi kan trekke i andre retninger, noe vi så eksemplifisert med deres bruk av velsignelsen overfor døde. Det finnes mer overordnet en spenning i materialet mitt når det gjelder liturgisk bruk, hvor utvalget mitt deler seg omtrent på midten. Det fjerde funnet knytter seg til potensialet som ligger i ritualiseringen etter dødsfall på sykehus, der informantene trekker frem mye positivt ritualiseringen kan bidra til, for eksempel sett opp mot en større sorgprosess. Informantene gir samtidig uttrykk for at det ikke er en automatikk i at ritualiseringen fungerer positivt.

5 Drøfting

I denne drøftingen vil jeg se nærmere på tre av mine hovedfunn fra analysen knyttet til sykehusprestens rolleforståelse og egenart, det at ritualisering skapes i kontekst og ritualiseringens potensial. Hovedvekten i drøftingen ligger på det første punktet, og vil behandles til slutt. Jeg har valgt å ikke gå videre i drøftingen med mitt første funn - det endrede ritualiseringsbildet, men vil likevel knytte noen bemerkninger til det før jeg beveger meg over i drøftingen av ritualiseringens potensial.

Det første funnet kan underbygges av det vi ellers ser i samfunnet. Informantene trekker for eksempel frem at samfunnet går i retning av å bli mer sekulært og livssynsmangfoldig, noe også annen forskning på området viser (Schmidt, 2010a og 2010b). Når ritualisering enda brukes på sykehus, kan dette sees i lys av prosjektet til van Gennep (1999) som får frem at overgangsriter er noe som finnes i alle kulturer, samt at dette er noe allmennmenneskelig og som mennesker har en impuls til å gjøre (Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2014, s. 201 og 208). Samlet sett forteller dette oss at a) samfunnet er endret, men også at b) det er behov for ritualer og rituelle praksiser. Det er her de ulike formene for praksis som beskrevet over kommer inn. Anne Hirsch og Ingebrigt Røed (2016, s. 81) trekker i en lærebok om palliasjon frem noe av det samme som jeg viser til, nettopp at det har skjedd en gradvis endring i ritualiseringsbildet. De forteller om en gjenoppliving av gamle ritualer, samt bruk av nye former for ritualisering uten rot i tradisjon (ibid). Mitt material viser ikke til en gjenoppliving som sådan, men viser at nye rituelle praksiser øker i bruk, samt at disse kan inneholde elementer fra kristen tradisjon. Eksempler på dette er syningen og ritualisering etter barnedødsfall, som begge er praksiser som kan integrere religiøse elementer.

På bakgrunn av det jeg har funnet av endring i ritualiseringsbildet, kunne jeg også gått inn i en drøfting om hvorvidt sykehusprester alene burde betjene de spirituelle og åndelige behovene på sykehuset, eller om denne tjenesten bør være mer mangfoldig ettersom behovene synes å bære preg av det samme. Dette er også noe en av mine informanter adresserer, og uttrykker at tjenesten ikke nødvendigvis behøver å ligge til presten i fremtiden forutsatt at kompetansen økes også hos andre. Grung og Bråten (2019) setter denne debatten på dagsorden i en artikkel

om sykehusprestetjenesten og religiøs pluralitet¹². Selv om diskusjonen er viktig, velger jeg i denne oppgaven å avgrense meg fra å gå videre inn i den, fordi jeg vurderer det til å ligge utenfor min problemstillings omfang, da den retter oppmerksomhet på sykehusprestens erfaring.

5.1 Positive sider og mulige fallgruver ved ritualisering

I analysen har jeg funnet at sykehusprestene fremhever flere potensielt positive sider ved ritualiseringen etter dødsfall. De positive siden vil jeg søke å se i lys av teori fra religionspsykologien (Danbolt og Stifoss-Hanssen, 2014). Overordnet vil dette bidra til å belyse hvorfor sykehusprester ritualiserer i sin tjeneste. Avslutningsvis vil jeg se på hva som eventuelt kan være grunnen for at de ikke gjør det, noe som vil fungere som en overgang til neste punkt som tar for seg hvordan sjelesorgsforståelsen til sykehuspresten virker inn på deres ritualiseringspraksis.

Flere av informantene mine trekker ordet *sorg* og *sorgprosess* inn når de snakker om ritualisering, og beskriver ritualiseringen på sykehuset som et steg på veien som de pårørende må gå eller som en del av sorgarbeidet. Danbolts (1998, 2002) forskning har vist at avskjedshandlinger er nettopp slike trinn på veien i en større prosess, og gjennom sin kvantitative forskning har han vist at middels til høy sørgeadferd fører til at de pårørende har færre kompliserende forhold ett år etter dødsfall. Mine informanter sier ikke direkte at ritualiseringen de leder eller fasiliterer bidrar til mindre krevende sorg senere, men en informant sier at hen tenker at det arbeidet som gjøres den første uka på sykehuset kan føre til færre sykemeldinger på lengre sikt. I tillegg vektlegger flere av informantene, da særlig i forbindelse med ritualisering etter barnedødsfall, at de vurderer at foreldre som mister barn har større behov for ritualisering, fordi sorgen krever mer arbeid. Dette kan sees i lys av Danbolts (1998, 2002) funn om at sørgeadferden til de pårørende økte i takt med dramatikken knyttet til dødsfallet, og at disse igjen hadde størst utbytte av ritualiseringen.

Videre beskriver informantene en ro som senker seg i det ritualer eller rituelle praksiser starter. I tillegg forteller de om endringer i kroppsspråk fra før ritualiseringen begynner til etterpå. Dette er veldig konkrete beskrivelser, som får tak i stemning og kroppsspråk. Dette kan være et tegn

¹² De peker på forsøket som er gjort i Norge på å imøtekomme denne utfordringen de senere år, nemlig etableringen av en ny videreutdanning som åpner for flere enn det PKU gjør

på at det skjer noe i de ritualiserende menneskene. Det kan handle om at de får tilværelsen til å henge sammen på et vis, at fellesskapet bærer dem eller at de religiøse ordene blir et kosmos som får kaoset til å stilne (Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2014). I forlengelse av dette viser forskningen til Lundström (2010) at en av funksjonene til ritualisering over spedbarnsdødsfall er å skape struktur. Det er mulig at tilsvarende er det som uttrykkes igjennom mine informanters observasjoner. Det er imidlertid ikke nok belegg for å si noe om *hvorfor* endring skjer i min forskning, men det kan konstateres *at* noe skjer basert på informantenes utsagn.

Et annet positivt aspekt ved ritualiseringen som informantene trekker frem, er at syningen og andre rituelle praksiser åpner for at pårørende kan sanse døden, og fører til en nødvendig realitetsorientering. Dette funnet kan underbygges av det Hirsch og Røen (2016, s. 77) skriver om syning og minnestund: «Syn og berøring hjelper de pårørende å fatte dødens realitet og bekrefte at den døde er død». Realitetsorienteringen kan også være med på å gjøre det enklere å dra fra den døde, en konsekvens av ritualiseringen som informantene gir uttrykk for. En informant beskriver ritualiseringen som skjer på sykehuset som et overgangsritual. Det virker sannsynlig å anta at informanten er kjent med van Genneps (1999) teori om overgangsriter basert på vedkommendes ordbruk. Med denne teorien i bakhodet kan ritualene og de rituelle praksisene på sykehuset forstås som adskillelesriter (ibid). Gjennom ritualiseringen trår de pårørende inn i en terskeltilstand, i en tilstand som blant annet er tiltenkt å skille de døde fra de levende (Van Gennep, 1999 og Turner, 1997).

Det er altså flere positive effekter ved ritualiseringen som trekkes frem, men informantene mine viser også en evne til å reflektere over mulige fallgruver. For eksempel trekker noen informanter frem at for at ritualisering skal fungere godt så må menneskene ritualene eller de rituelle praksisene er til for kunne identifisere seg med dem og ikke føle seg fremmedgjort. Dette krever at sykehuspresten evner å koble seg på menneskene og situasjonen, noe vi vil berøre nærmere under neste punkt. En annen fallgrube som nevnes er sykehusprestens mulighet til å bruke ritualene eller de rituelle praksisene til å fremme seg selv og eget syn, som en pidestall. Jeg vil legge til en ytterligere fallgrube som ikke mitt material direkte nevner, men som teorien legger til, nemlig at ritualiseringen brukes som en «quick fix»-løsning i møte med det vanskelige (Danbolt & Stålsett, 2018). Kanskje kan dette sees i lys av mine informanters advarsel mot å gjemme seg bak ritualene. Fallgruvene viser samlet sett at det ikke er noen automatikk i at

ritualisering skal ha de positive effektene som nevnes over, men at det krever evne og en bevisst holdning fra sykehusprestenes side. Informantene trekker frem at behovene til de pårørende bør styre om ritualisering skal benyttes eller ikke, og på hvilken måte den eventuelt benyttes. Blir ritualiseringen til som følge av noen av de overnevnte grunnene, bør det ikke ritualiseres, eventuelt bør ritualiseringen revurderes.

5.2 Sykehusprestens konfident-sensitive sjelesorgsforståelse

I teorikapittelet skisserte jeg de åtte sjelesorgsretningene til Grevbos (2006), med deres ulike fokuspunkt. Flere av sjelesorgsretningene har store ulikheter med den sjelesorgsforståelsen som kom til uttrykk gjennom intervjuet jeg hadde med mine informanter. Eksempelvis kan jeg trekke frem den kerygmatiske sjelesorgsforståelsen, med fokus på forkynnelse for den enkelte. Dette er en retning informantene ser ut til å hente lite inspirasjon fra – da en del av informantene ikke engang spør om de pårørende kunne tenkt seg religiøst innhold i ritualiseringen.

Det kan se ut som om den terapeutiske sjelesorgen er den mest passende retningen for å beskrive mine informanters sjelesorgsforståelse. Det er ikke unaturlig at denne retningen preger informantene, da sykehusprester i Norge har tatt PKU, som baserer seg i stor grad på tankegodset fra denne sjelesorgstradisjonen (Stifoss-Hanssen et. al., 2019 og Grevbo, 2006). Denne sjelesorgsretningen passer også godt inn på sykehuset, da terapi og helse-fokus står sterkt (Grevbo, 2006). To av verdiene som Rogers brakte inn, respekt og empati, kommer også tydelig til uttrykk blant annet igjennom det mine informanter sier om å sette den andres behov foran sitt eget, leve seg inn i den andres situasjon og tune seg inn på hva som er viktig for den andre (ibid.) Dette kan også sees i lys av det som er funnet om at sjelesørgere i norsk sammenheng i menigheter fremholder som viktig: å sette konfidentenes behov foran i samtalesammenheng (Stifoss-Hanssen et.al, 2019). Dette ser også ut til å være tilfellet til mine informanter i ritualiseringsammenheng, noe som kommer til uttrykk blant annet gjennom sykehusprestenes tilpassede språkbruk, og gjennom deres forsøk på å plukke opp om deres tilstedeværelse er ønsket og behøvd eller ikke.

Det er mulig å spørre seg om konfidentsentreringen i kombinasjon med de samfunnsmessige trendene kan ha bidratt til det endrede ritualiseringsbildet vi ser i dag. Det er et interessant at

mine informanter ikke trakk frem seg selv som en mulig faktor på spørsmålet om hva som kunne være grunnen for det ritualiseringsbildet de selv skisserte. Noen av informantene berører det indirekte på oppfølgingsspørsmålet om hvorfor de velger ikke å invitere til religiøst innhold i ritualiseringen, når de svarer at det handler om at de ikke ønsker å være påtrengende eller at det virker unaturlig for dem å spørre i den aktuelle situasjonen eller i lys av samfunnsendringene. Dette viser en varhet for og en respons på noe, som står i sammenheng med den sjelesorgsforståelsen som fremhever den pårørende og er sensitiv for dens behov.

5.3 Prest i spagaten

I det foregående drøftet jeg hvordan sykehusprestens sjelesørgeriske tilnærming preger ritualiseringen, og åpnet opp for tanken om at sykehuspresten også kan være en faktor som preger ritualiseringen. Det er derfor nødvendig å se nærmere på det jeg har valgt å kalle *en prest i spagaten*. Med dette ønsker jeg å vise til spriket i sykehuspresten hva gjelder kontekst og kultur.

Det at sykehuspresten befinner seg i en slags mellomposisjon handler om to ting: 1) deres plassering mellom sykehuset og kirken og 2) deres to ulike kulturer – den psykologiske og den teologiske. Disse punktene flyter noe inn i hverandre, men inneholder også forskjeller og vil følgelig behandles hver for seg.

5.3.1 Kirke – sykehus

Det har kommet frem igjennom tidligere forskning at sykehusprester befinner seg i et spenn mellom kirke og helsevesen (Woodward, 1999, Raakjær, 2018 og Grung & Bråten, 2019).

Bråten påpeker at sykehusprestene definerer seg som sykehusansatte med en spesialisert oppgave, og at de er innenfor og utenfor på en og samme tid (Grung & Bråten, 2019). Dette kan sees i lys av det Raakjærs informanter sier om at de lever på kanten av systemet (2018). Mine funn viser noe av det samme, noe som kommer til uttrykk gjennom en informants omtale av sykehuspresten som en «mellomperson». Det kan se ut som om mine informanter på ulikt vis vekter sine roller i denne spagaten, hvor noen heller mer mot helsevesenet og andre mer mot kirken. Dette handler, slik jeg tolker det, om hvor deres lojalitet ligger. Lojaliteten er noe som kommer til syne gjennom informantens helhetlige tenkemåte omkring denne

mellomposisjonen, og gjennom hvilke perspektiver som holdes opp som viktige for dem: sykehusprofesjonens selvstendighet og tilknytningen til helsevesenet eller kirken og sine kirkelige overordnede. Det er imidlertid ikke slik at noen av mine informanter kan sies å ha utelukkende lojalitet til kirke eller helsevesenet, det ville vært en uheldig forenkling. Det sier likevel noe om hva som er viktig for dem, og om hva som preger deres tjeneste og følgelig ritualiseringen, jf. blant annet knyttet til en rekke praktiske dilemmaer som nevnt i analysen.

Noe jeg finner interessant er at graden av lojalitet og kirkelig tilknytning samt deres ritualiseringspraksis synes å være individuelt betinget. Utvalget mitt representerer ikke en samlet linje, til tross for at de har samme utdanning og befinner seg i samme tjeneste og i samme geografiske område. Jeg tenker at dette kan sees i sammenheng med sykehusprestenes manglende overordnede organisatoriske strukturer. Ifølge Stifoss-Hanssen et. al.(2019, s. 61) mangler de norske sykehusprestene et organ som kan overse helhetsbilde, ivareta kvalitet og diskutere strategier og retningslinjer. Den manglende strukturen kan gjøre tilknytningen til kirken og de kirkelige overordnede sårbar i og med at den blir avhengig av den personlige kontakten på prostnivå. Noen av mine informanter peker på en opplevd avstand mellom seg selv og sine kirkelige overordnede. I tillegg resulterer den manglende strukturen i at sykehusprestene ikke har noe kontinuerlige forum for diskusjon omkring hva som er god praksis. Selv om sykehusprestene er opptatt av å møte behovene til de er de enkelte og i situasjonen, er det også tydelig for meg at den enkelte sykehusprest har sin måte å gjøre ting på – om de bruker å ta utgangspunkt i liturgi, hvilke kristne elementer de tyr til i ulike situasjoner osv. Dette fører til ulik praksis på ulike sykehus, noe som ser ut til å bli lite adressert i felles fora. De utfordringene som sykehusprestene møter når det kommer til å praktisere sin tjeneste i en mer sekularisert og multikulturell virkelighet står i fare for å bli ivaretatt på dårlig vis uten forum som dette (Stifoss-Hanssen et. al., 2019, s. 62). En av mine informanter forteller at hen ønsker overordnet refleksjon omkring livsytelsesritualer. Et overordnet forum kunne tilrettelagt for slik refleksjon, gjennom å hente inn perspektiver fra kirkelige overordnede og sykehusprestene selv og satt dette i dialog. En slik dialog kunne muligens bidratt til å minske avstanden mellom sykehusprestene og kirken. Slik det er i dag kan det virke som om sykehusprestene med sin sjelesorgsforståelse i bunn forholder seg til hver enkelt situasjon uavhengig, og gjør det de opplever som mest hensiktsmessig, noe deres bruk av velsignelsen over døde tyder på. Det virker samtidig som om praksisene til noen av informantene er preget

av en form for hemmelighold, noe den ene informantens tegn til at «dette er noe vi ikke snakker høyt om», viser. En annen som adresserer at vi må snakke om erfaringene som gjøres av prester i dagens tros- og livssynssamfunn, er Anne Hege Grung (2019). Hun beskriver den «praktisk-teologiske virkeligheten» i Dnk som er preget av samfunnsendringen. Dåp av barn der foreldrene har ulik religiøs tilknytning og som meldes ut av kirken kort tid etter dåpen, fungerer som et eksempel på dette (ibid, s. 38). Grung etterlyser plass og mulighet til refleksjon, så dette ikke forblir skjulte praksiser som kan føre til skam og usikkerhet for de involverte (ibid, s. 39). Prester og de andre skal ikke være nødt til å bære erfaringene alene, skriver hun (ibid, s. 39). Grungs innlegg snakker inn i menighetssammenheng i Dnk, men er vel så relevant inn mot sykehusprestenes praksis og hverdag.

5.3.2 Teologi - psykologi

Ifølge Doehring (2015) befinner sjelesørgere i spesialtjenester seg imellom to kulturer – den psykologiske og den teologiske. Dette gjør dem tospråklige, noe de navigerer i på ulikt vis (ibid). Det er tydelig at mine informanter, som sykehusprester med PKU, som arbeid innenfor helsevesenet og som har en sjelesørgerisk tilnærming som nevnt over, er preget av psykologien. Spørsmålet er hvordan de benytter seg av den. Ut ifra Doehrings modell ville mine informanter kunne plasseres i den andre disiplinære metoden som vektlegger dialog mellom teologi og psykologi (ibid). Mine informanter ser ut til å lete etter det mest verdifulle bidraget i møte med de pårørende de møter, og benytter seg av religiøse ressurser der de kan bidra med noe for de pårørende og ellers ikke. Et spørsmål er likevel om en av disiplinene får forkjørsrett, noe som vil bety at sykehusprestene ikke har en rendyrket dialogisk metode i bunn.

Det er interessant å merke seg at mine informanters motivasjon for å benytte seg av ritualer og rituelle praksiser ligger i potensialet for de pårørende og deres sorgprosess, fremfor å være motivert av for eksempel å stimulere til tro gjennom gudstjeneste¹³. De har en religionspsykologisk måte å tenke om ritualisering på, fordi fokuset ligger på ritualets funksjon (Danbolt, 2014, s. 18). Samtidig bruker de også teologiske begrunnelser for å underbygge sine

¹³ Båreandakten er teknisk sett en gudstjeneste, hvis vi skal forholde oss til dens liturgiske opphav i gudstjenesteboken fra 1992.

valg, for eksempel når de begrunner velsignelse over døde i lys av den større rammen som tegnes rundt den avdødes liv. Andre eksempler er inkarnasjon som bakgrunn for å være fleksibel eller når de påpeker at de velsigner andre religioners velsignelser som en form for diakonal handling. Det er tydelig at de bruker begge former for språk i sin tjeneste, og ser ikke ut som om det ene har forkjørsrett over det andre. De overordnede teologiske tankene, fokuset på at de driver kontekstuell teologi og deres ønske om å forankre praksiser teologisk, vitner om at teologien heller ikke har blitt borte slik en velkjent kritikk av sykehusprestene lyder (Raakjær, 2018, s. 7). Raakjær har i sin forskning funnet at sykehusprestens psykologiske kunnskap og terapeutiske erfaringer tvert imot bidrar til å styrke deres sykehuspresterolle og hjelper dem å finne en teologi som gir mening (ibid, s. 9).

Mer overordnet kan man spørre seg om teologien til sykehusprestene i seg selv har blitt psykologisert. Ole Jacob Madsen (2012) skriver i en artikkel om liturgireformen i Dnk at den terapeutiske kulturen ser ut til å prege teologien til prester i dag og dermed også den liturgiske endringen av Dnks gudstjeneste. Han beskriver en subjektiv vending som har endret den autorative religionens rolle – en vending som springer ut av endrede samfunnsforhold (Madsen, 2012). Gud blir et middel for å få det fint, og kun det i religionen som støtter opp under det får plass (ibid). Dette kan man for eksempel se i lys av nedtoningen på vanskelige temaer som helvete og fokusskifte i liturgien fra arvesynd til synd som vi kan fri oss fra (ibid, s. 172-173). Dette samsvar med den terapeutiske kulturens fokus på selvrealisering (ibid). Også når det kommer til etiske problemstillinger vekter presten respekt for den andre høyere enn Bibel og tradisjon (ibid, s. 176). Personens egen autonomi, som er et viktig prinsipp i terapien, blir således førende også her (ibid). I mitt material er det tydelig at det positive bidraget til religionen fremholdes av informantene, for eksempel når de vektlegger religiøse ord der Gud holdes frem som en som pårørende kan finne hvile hos, en som kan hjelpe dem å bære og en som tar imot den som er død. Det virker ikke som om etisk forkynnelse har noe plass i dette bildet, og ingen av mine informanter forteller at de nevner helvete verken i møte med andre troende eller ikke-troende. Det er selvfølgelig mulig å forstå dette som et sjelesørgerisk valg mine informanter har tatt fordi de er i møte med pårørende i en sårbar fase, men mer sannsynlig viser det til den mer overordnede bevegelsen som har skjedd i teologien de seneste årene (Madsen, 2012, s. 172).

Jeg ser ikke bort ifra at den terapeutiske kulturen har påvirket teologien, noe Madsen (2012) argumenterer for. Likevel kan man også se på det slik Raakjær (2018) gjør, nemlig at teologien blir spisset ved hjelp av psykologien. Slik jeg vurderer det er det en styrke ved sykehusprestene at deres teologi blir utformet i kontekst og i den virkeligheten den skal fungere inn i – en virkelighet preget av psykologi. Likevel kunne jeg ønske at denne teologien hadde vært gjenstand for overordnet refleksjon som nevnt, og håper at denne oppgaven kan bidra til dette.

5.4 Oppsamling av tråder

Mine funn som berører ritualenes potensial samsvarer med og støtter opp under mye av det tidligere forskning viser, samt teorier ellers på ritualiseringens funksjon. Min forskning bidrar til å vise hvorfor sykehusprester eventuelt velger ikke å ritualisere, noe som knytter seg til mulig fallgruver og sjelesørgerisk forståelse. I tillegg får min forskning frem hvordan sykehuspresten bruker ritualisering i sin tjeneste og hvilke hensyn, tanker og refleksjoner som ligger bak deres praksis. Overordnet kan sykehuspresten sees på som en prest i spagaten mellom ulike kulturer, som de på best mulig måte forsøker å navigere mellom. Det er individuelt hvilken leir de føler seg mest hjemme i, i kirken eller helsevesenet, noe som også er påvirket av manglende organisatoriske strukturer til å ivareta prestene som står i mellomposisjon. Denne mangelen gjør også at kontinuerlig refleksjon over deres praksiser på overordnet nivå uteblir. Sykehusprestene påvirkes både av psykologisk og teologiske fagdisipliner, og bruker en dialogisk interdisiplinær metode. Det er likevel mulig at psykologien påvirker teologien deres, noe som står i samsvar med det som vises at er trenden mer generelt. I seg selv er dette ingen svakhet, men fordrer refleksjon.

6 Konklusjon

Denne oppgaven har gjennom analyse av seks kvalitative intervjuer, og drøfting av funnene opp mot teori fra sjelesorgsfaget og religionspsykologi, forsøkt å belyse sykehuspresters erfaring med bruken og betydningen av ritualisering etter dødsfall.

Jeg har funnet at ritualiseringen har gjennomgått en endring med økt bruk av rituelle praksiser og minsket bruk av tradisjonelle ritualer. På bakgrunn av mitt material har jeg laget en liste på

fem ritualiseringspraksiser som prestene tar i bruk etter dødsfall. Jeg utelukker ikke at det kan være flere enn disse. Den enkelte praksis er igjen preget av mangfoldighet hva gjelder for eksempel innhold og rammer. Et viktig funn i denne anledning er at ritualiseringen ser noe ulik ut på de forskjellige sykehusene. Dette er noe jeg i drøftingen peker på at handler om sykehusprestens sjelesørgeriske tilnærming, som vektlegger pårørendes behov og er kontekstuell. Det kan også handle om fravær eller mangel på overordnet refleksjon omkring praksisene som tas i bruk. Sistnevnte årsak kan sees i sammenheng med norske sykehusprestere manglende overordnede organisatoriske struktur. Funnene i denne oppgaven støtter opp under det tidligere forskning har funnet om at sykehusprester står litt i mellom sykehuset og helsevesenet, i en slags spagat. Denne mellomposisjonen blir også tydelig i deres forsøk på å balansere teologi og psykologi, to språk eller kulturer som de har med seg i tjenesten. Det kan se ut som at begge språkene blir brukt, og at psykologien preger deres teologi og deres motivasjon for tjenesten – for eksempel at de ritualiserer med den antagelsen om at det har en positiv funksjon for pårørendes mentale helse.

7 Litteratur

- Agedal, O. (1994). *Døden på norsk*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Afdal, G. (2010). *Researching Religious Education as Social Practice* (Vol. 20, Religious Diversity and Education in Europe). Münster: Waxmann.
- Arthur, S., Michell, M., Lewis, J., McNaughton Nicholls, C. (2014) Designing Fieldwork. I Richie, J., Lewis, J., McNaughton Nicholls, C., Ormston, R. (Red.), *Qualitative Research Practice*, 2. ed. (s. 147-172). London: Sage Publications.
- Askheim, S. (2019, 5. mai). Stor-Oslo. Hentet 26. september 2019 fra <https://snl.no/Stor-Oslo>
- Botvar, P. (2010). Endringer i nordmenns religiøse liv. I Botvar, P. K & Schmidt, U. (Red.), *Religion i dagens Norge : Mellom sekularisering og sakralisering* (s. 11-23). Oslo: Universitetsforlaget.
- Botvar, P., Repstad, P. & Agedal, O. (2010). Regionaliseringen av norsk religiøsitet. I Botvar, P. K & Schmidt, U. (Red.), *Religion i dagens Norge : Mellom sekularisering og sakralisering* (s. 44-58). Oslo: Universitetsforlaget.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), s. 77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
- Browning, D. (1991). *A Fundamental Practical Theology : Descriptive and Strategic Proposals*. Minneapolis: Fortress Press.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods* (5th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Danbolt, L. J. (1998). *De sørgende og begravelsesriten : En religionspsykologisk studie*, 14, 206.
- Danbolt, L. J. (2002). *Den underlige uka : De sørgende og begravelsesriten* (Kirkeforum). Oslo: Verbum.
- Danbolt, L. J. (2014). Hva er religionspsykologi?: Begrepsavklaringer i en nordisk kontekst. I Danbolt, L. J., Engedal, L. G., Stifoss-Hanssen, H., Hestad, K. & Lien, L. (Red.), *Religionspsykologi* (s.17-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danbolt, L. J. (2019). Leder. *Tidsskrift for Praktisk Teologi*, 36 (2), s. 1-4.
- Danbolt, L. J. & Stifoss-Hanssen, H. (2007). *Gråte min sang : Minnegudstjenester etter store ulykker og katastrofer*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Danbolt, L. J. & Stifoss-Hanssen, H. (2013). Ritualisering etter ulykker og terror ; et psykologisk perspektiv på ny rituell praksis. *Impuls*, 66(1), s. 14-22.
- Danbolt, L. J. & Stifoss-Hansen, H. (2014). Ritualisering: Å skape mening gjennom

- symbolske handlinger. I Danbolt, L. J., Engedal, L. G., Stifoss-Hanssen, H., Hestad, K. & Lien, L. (Red.), *Religionspsykologi* (s. 203-215). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danbolt, L. J., & Stifoss-Hanssen, H. (2017). Ritual and recovery: Traditions in disaster ritualizing. *Dialog*, 56(4), 352-360.
- Danbolt, L. J. & Stålsett, G. (2018). Sjelesorg og ritualisering : Muligheter og begrensninger i samarbeid med terapi. *Kritisk forum for praktisk teologi* 2018 (151), s. 12-31.
- Davis, D. (1994) Introduction: Racing the Issues. I Holm, J & Bowker, J (Red.), *Rites of Passage* (s. 1-9). London: Pinther Publishers.
- Doehring, C. (2015). The Challenge of Being Bilingual. I Maynard, E. A. & Snodgrass, J. L. (Red.), *Understanding Pastoral Counseling* (s. 87-99). New York: Springer Publishing Company.
- Ekedahl, M (2001). *Hur orkar man i det svåraste?: Copingprocesser hos sjukhussjälavårdare i möte med existentiell problematik : en religionspsykologisk studie* (Doktoravhandling). Uppsala Universitet.
- Ekedahl, M. (2004). The Coping Processes of Swedish Hospital Chaplains: How can You Bear the Challenge of Working at the Edges of Life and Death? *Chaplaincy Today*, 20(1), s. 27-34.
- Grevbo, T. J. (2006). *Sjelesorgens vei : En veiviser i det sjelesørgeriske landskap - historisk og aktuelt*. Oslo: Luther.
- Grung, A. H. (2019). Religionsmøte og kirkelige handlinger: noen erfaringer og refleksjoner. *St. Sunniva*, 2, s. 38-43.
- Grung, A. H. & Bråten, B. (2019). Chaplaincy and Religious Plurality in the Norwegian Context. *Tidsskrift for Praktisk Teologi*, 36 (2), s. 71-80.
- Grung, A. H., Danbolt, L. J. & Stifoss-Hanssen, H. (2016). Sjelesorg på plass: på sporet av dagens sjelesorgpraksis i Den norske kirke. *Tidsskrift for Praktisk Teologi*, 1, s. 28-43.
- Harbsmeier, E., & Raun Iversen, H. (1995). *Praktisk teologi*. Frederiksberg: ANIS.
- Hirsch, A. & Røen, I. (2016) Ritualer ved sykdom og død. I Kaasa, S og Loge, J H (Red.), *Palliasjon : Nordisk lærebok*, 3.utg. (s.73-82). Oslo: Gyldendal.
- Hodne, B. (1980). *Å leve med døden : Folkelige forestillinger om døden og de døde*. Oslo: Aschehoug.
- Hovdhaugen, E. (1981). *Vårt møte med døden* (Vol. 17.). Oslo: Samlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2004). *Introduksjon til*

- samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kaufman, T. (2016). From the Outside, Within, or In Between?: Normativity at Work in Empirical Practical Theological Research i Mercer, J. & Miller-McLemore, B. (Red.), *Conundrums in Practical Theology*, vol. 2 (s. 134-162). Leiden: Brill.
- Krogh, T. (2010) *Hermeneutikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lundström, C. (2010). *När livet oväntat förändras : Föräldrars erfarenheter efter spädbarnsdöd, med särskild hänsyn till ritualers funktion. En religionspsykologisk studie*, (Doktoravhandling). Uppsala Universitet.
- Madsen, O. J. (2012) The Liturgical Reform of the Sunday High Mass: The Last Attempt of Christ?. *Studia Theologica – Nordic Journal of Theology*, 66 (2), s. 166-189. DOI: 10.1080/0039338X.2012.726930
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mercer, J., & Miller-McLemore, B. (2016). *Conundrums in Practical Theology* (Vol. 2). Leiden: Brill.
- Mowat, H., Swinton, J., Guest, C. & Grant, L. (2005). *What Do Chaplains Do?: The Role of the Chaplain in Meeting the Spiritual Needs of Patients*. Aberdeen: Mowat Research Limited.
- Nyeng, F. (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget
- Orchard, H.C. (2000). *Hospital Chaplains: Modern, Dependable?* Sheffield: Sheffield Academic Press/Lincoln Theological Institute.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3. utg.) Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode* (2. utg.) Oslo: Universitetsforlaget
- Salomonsen, J. (1999) *Riter*. Oslo: Pax
- Schmidt, U. (2010a). Norge: et religiøst pluralistisk samfunn? I Botvar, P. K & Schmidt, U. (Red.), *Religion i dagens Norge : Mellom sekularisering og sakralisering* (s. 25-42). Oslo: Universitetsforlaget.
- Schmidt, U. (2010b). Religion i dagens Norge: Sekularisert? Privatisert? Pluralisert? I Botvar, P. K & Schmidt, U. (Red.), *Religion i dagens Norge : Mellom sekularisering og*

- sakralisering* (s. 196-203). Oslo: Universitetsforlaget.
- Silverman, D. (2014). *Interpreting Qualitative Data* (5th ed.). Los Angeles, CA: Sage.
- Snodgrass, J.L (2015) Pastoral Counseling: A Discipline of Unity Amid Diversity. I Maynard, E. A. & Snodgrass, J. L. (Red.), *Understanding Pastoral Counseling* (s. 1-16). New York: Springer Publishing Company.
- Stifoss-Hanssen, H., Danbolt, L. J., Frøkendal, H. (2019). Chaplaincy in Northern Europe : An Overview from Norway. *Tidsskrift for Praktisk Teologi*, 36 (2), s. 60-70.
- Stifoss-Hanssen, H., Grung, A. H., Austad, A. & Danbolt, L. J. (2019). Sjelesorg i bevegelse. *Tidsskrift for sjelesorg*, 1, s.75-95.
- Swinton, J., & Mowat, H. (2016). *Practical Theology and Qualitative Research* (2. ed.). London: SCM Press.
- Sørbye, L. W (1994) Døden i institusjon – ritualer rundt dødsleie og død. I Aagedal, O. (Red.), *Døden på norsk* (s. 97-106). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Tanggard, P. (1994) Død og gravferd – privatisering og profesjonalisering. I Aagedal, O. (Red.), *Døden på norsk*. (s.83-95). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : En innføring i kvalitative metoder* (5. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thomsen, K., Hvidt, N. C., Søndergaard, J. (2019). New Wine in New Leather Bags? *Tidsskrift for Praktisk Teologi*, 36 (2), s. 46-49.
- Turner, V. (1997). *The Ritual Process: Structure and Antistructure*. Piscataway, NJ: Aldine Transaction.
- Van Gennep, A. (1999). *Rites de Passage*. Oslo: Pax forlag.
- Woodward, J. W. (1999). *A Study of the Role of the Acute Health Care Chaplain in England* (Doktoravhandling, Open University) Hentet fra <http://oro.open.ac.uk/57940/1/57940.pdf>
- Wæhle. E (2018, 20. februar). Liminalitet. Hentet 15. november 2019 fra <https://snl.no/liminalitet>

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1, Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata

NSD Personvern

21.08.2019 15:10

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 345481 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 21.08.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om religion og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 14.12.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke,

uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Mathilde Hansen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vil du delta i forskningsprosjektet ”Båreandaktsritualets bruk og betydning” (arbeidstittel)

Dette er forespørsel til deg om å delta i en masterstudie hvor formålet er å finne ut hvordan sykehusprester erfarer bruken og betydningen av båreandaktsritualet etter dødsfall på sykehus. Dette skrevet inneholder informasjon om målsetningen for prosjektet, samt hva deltagelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å finne ut av hva båreandaktsritualet betyr for pårørende på sykehus i dag. Sykehusprestenes holdninger til, bruk av og erfaring med ritualet, samt deres inntrykk og opplevelse av situasjonen rundt vil stå i sentrum for forskningen. Masterstudien gjøres som en del av profesjonsutdannelsen i teologi ved MF vitenskapelige høyskole for teologi, religion og samfunn, og vil avsluttes desember 2019.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

MF vitenskapelige høyskole er ansvarlig for forskningsprosjektet. Veileder, Anne Austad, førsteamanuensis på VID vitenskapelige høyskole, er ansatt av MF vitenskapelige høyskole som timelærer på dette prosjektet.

For kontaktinformasjon til prosjektansvarlig eller personvernkontakt ved MF vitenskapelige høyskole se side to av informasjonsskrivet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg henvender meg til deg fordi du er en ordinert prest i Den norske kirke og ansatt ved et sykehus, og har erfaring fra ritualbruk i sistnevnte sammenheng. Jeg vil tilsammen kontakte mellom 5-7 prester ved flere sykehus i Norge med forespørsel om å delta.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du sier deg villig til å delta i studien, ønsker jeg å møte deg til et personlig intervju. Dette kan gjerne være på din arbeidsplass. Intervjuet vil ta rundt en halvannen time. Jeg vil benytte meg av notater og båndopptaker i intervjusituasjonen. Jeg vil spørre deg om både personlige og faglige refleksjoner rundt båreandaktsritualet, dine erfaringer knyttet til denne ritualbruken og tanker rundt pårørendes opplevelse av ritualiseringen.

Det er frivillig å delta

Deltagelse i prosjektet er frivillig. Dersom du velger å delta, kan på når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har beskrevet i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er bare jeg (student) og min veileder som vil ha tilgang til materialet ved MF. For å sikre at ingen uvedkomne vil ha tilgang vil alle dokumenter være passordbeskyttet, og navn vil bli erstattet med en kode som oppbevares adskilt fra øvrige data. Notater og båndopptaker vil bevares i et låsbart skap hvor kun jeg kjenner koden. Deltakere i publikasjonen vil ikke være mulig å kjenne igjen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 14. desember 2019. Alt av notater vil makuleres ved prosjektslutt, og lydopptak og filer som inneholder innsamlet data vil tilintetgjøres.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål om prosjektet eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med masterstudent ved MF:

[Redacted]

Tlf: [Redacted]

E-post: [Redacted]

Prosjektansvarlig/veileder:

Anne Austad

Tlf: +47 22 45 19 10

E-post: anne.austad@vid.no

Personvernkontakt ved MF vitenskapelige høyskole:

Berit Widerøe Hillestad

Tlf: +47 22 59 05 95

E-post: Berit.W.Hillestad@mf.no

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS

Tlf: +47 55 58 21 17

E-post: personvernombudet@nsd.no

Med vennlig hilsen

[Redacted]

Student ved MF vitenskapelig høyskole for teologi, religion og samfunn

8.3 Vedlegg 3, Intervjuguide, opprinnelig versjon

Intervjuguide

Innledning

Fortell kort om din prestebakgrunn og om hvordan du har endt opp på sykehus

Erfaringer

Kan du huske den første bæreandakten du holdt på sykehus

- beskriv hvordan det var
- hva følte du

Hvis informanten ikke husker første bæreandakt: Fortelle om en bæreandakt som han/hun husker godt

Hva opplever du som mest utfordrende med å holde en bæreandakt?

Hva er det det mest meningsfulle ved en sann situasjon?

Bakgrunn

Hvor mange bæreandakter, sånn ca. har du pr år?

- utvikling fra tidlig i tjenesten?

Alt. 1: Kan du fortelle meg litt om omstendighetene rundt dødsfallene du blir tilkalt til for å holde bæreandakt over her på sykehuset?

Alt 2: Har du opplevd å holde en bæreandakt etter 1. et brått dødsfall 2. Et ungt dødsfall? 3.

Andre omstendigheter?

- kan du beskrive hvordan det var...?
- hvordan opplevde du det? (Hva satt du igjen med etterpå)

Hvordan skiller opplevelsene seg? F.eks. dramatisk vs. ventet, eldre vs. ung

- likheter i opplevelse?
- ulikheter i opplevelse?

Møte med pårørende

Hvilke erfaringer har du med å samtale med de pårørende i forkant og etterkant av bæreandakten?

Har du fått noen tilbakemeldinger fra pårørende etter bæreandakt?

Positivt, negativt

Hva er ditt hovedinntrykk av pårørendes opplevelser?

Er det varierende? Samstemt? Hva sier de?

Faglig om bæreandaktsritualet

Hvilke tanker/refleksjoner har du om bæreandaktsritualet?

Avslutning

Er det noe du ønsker å si eller legge til før vi avslutter intervjuet?

8.4 Vedlegg 3, Intervjuguide, revidert versjon

Intervjuguide

Prestebakgrunn, hvor lenge arbeidet på sykehus

Hvordan gjør dere det der du jobber?

- hvor mange
- beskriv første bæreandakt holdt/en ritualiseringssituasjon

Hvis de initierer - hvorfor tror du de vil bruke ritualisering?

Pårørendes reaksjoner

Samtale som en del av det?

Egne opplevelser av å denne delen av jobben

Hva kreves av presten?

Hva gjør at det fungerer?

Opplevd at det ikke fungerer så bra?

Faglige refleksjoner:

- liturgi
- rom
- deltagelse
- tanker om hva et ritual er

Tillegg:

Forholdet mellom ritualene på sykehuset og begravelse

Ritualets funksjon

Navnet bæreandakt

Andre religioner/ikke troende

Til slutt:

- Alder
- Er det noe du ønsker å si eller legge til før vi avslutter intervjuet?