



En sykehusimam for alle?

Organisering og representasjon i religions- og livssynsbetjening («chaplaincy») for muslimer ved norske sykehus

Av Marianne Hafnor Bøe

Universitetet i Stavanger

Religions- og livssynsbetjeningen ved norske offentlige institusjoner er i endring. Selv om Den norske kirke fortsatt har et hovedansvar for tilbudet, har det de senere årene blitt iverksatt tiltak som skal sikre pasienter og pårørende et mer pluralistisk og likeverdig tilbud. Denne artikkelen vil utforske endringene som finner sted i organiseringen av religions- og livssynsbetjeningen som tilbys personer med muslimsk bakgrunn ved norske sykehus. Med utgangspunkt i intervjuer og informasjon om religions- og livssynsbetjening innhentet fra fem ulike sykehus i Norge, vil jeg diskutere organiseringen av tilbudet i lys av problemstillinger knyttet til representasjon og ivaretagelse av internt muslimsk mangfold i norsk offentlig sammenheng. Likebehandling er et tungtveiende prinsipp i religions- og livssynsbetjeningen ved norske sykehus. I artikkelen drøfter jeg hva slags representanter og stillinger som inngår i tilbudet ved norske sykehus, hvilken kompetanse og erfaring som er vektlagt, og hva slags krav til organisasjonstilknytning som er utbredt. Funnene i denne studien viser at det pågår en heterogenisering av tilbudet, men at det fortsatt gjenstår en del for å nå ambisjonen om en helhetlig og pluralistisk religions- og livssynsbetjening.

Nøkkelord: Religions- og livssynsbetjening, sykehusimam, norske sykehus, internt muslimsk mangfold, representasjon

INNLEDNING

Høsten 2020 oppstod det offentlig diskusjon om religions- og livssynsbetjening i forbindelse med at Oslo universitetssykehus (OUS) og sykehjemsetaten i Oslo søkte etter en nyansatt som kunne ivareta pasienter og pårørende med muslimsk bakgrunn sine åndelige og eksistensielle behov. Stillingen ble opprinnelig omtalt og presentert som «sykehusimam», noe som førte til debatt om hva slags kvalifikasjoner som var nødvendig i stillingen, hvorvidt personen måtte ha tilknytning til en såkalt senderorganisasjon, og om sykehusimamen kunne være en kvinne (Al-Obaide, Gynnes og Selimovic 2021; Marvik 2021; Vårt Land 2021; Selimovic 2020). Ansettelsen ble ansett som en viktig brikke for å sikre likeverdige tjenester for religions- og livssynsbetjening innenfor helsesektoren i Oslo. Diskusjonene løftet også fram noen grunnleggende problemstillinger knyttet til organiseringen av et slikt tilbud i norsk offentlig sektor. Denne artikkelen vil ikke gå inn i debatten rundt ansettelsen ved OUS, men bruke den som utgangspunkt for å belyse sentrale utfordringer ved organiseringen av et helhetlig og pluralistisk tilbud om religions- og livssynsbetjening i sykehussektoren for personer med muslimsk bakgrunn.

RELIGIONS- OG LIVSSYNSBETJENING: HVA ER DET, OG HVORFOR ER DET VIKTIG?

Begrepet religions- og livssynsbetjening viser til åndelige og eksistensielle veilednings- og omsorgstjenester som tilbys ved offentlig institusjoner. På engelsk brukes ordet *chaplaincy*, som er avledet av ordet *chaplain*. Direkte oversatt til norsk betyr det *kappelan*. Ettersom dette ordet brukes om en stillingsbetegnelse innenfor Den norske kirke, egner det seg i mindre grad til andre religioners og livssyns tjenestetilbud. Selv om det engelske ordet *chaplaincy* også anvendes på norsk i noen sammenhenger,¹ vil betegnelsen religions- og livssynsbetjening bli

¹ For eksempel brukes *chaplaincy* på en konferanse arrangert som et samarbeidsprosjekt mellom Feltprestkorpsset i Forsvaret, Oslo Universitetssykehus v/ Prestetjenesten og Seksjon for likeverdig helsetjeneste, Universitetet i Oslo v/ Det teologiske fakultet, Human-Etisk Forbund og Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn. (STL 2017).

brukt i denne artikkelen da det viser til et bredere tjenestetilbud utover en kristen kontekst.

I norsk sammenheng har betegnelsen religions- og livssynsbetjening innbefattet eksistensielle og åndelige tjenester som tilbys enkeltpersoner i offentlige institusjoner og etater som sykehus og sykehjem, universiteter og høyskoler, fengsler, i kriminalomsorgen og i hæren. Fram til nylig ble tjenesten utelukkende tilbudt av Den norske kirke, og det var prestens oppgave å sørge for ritualer, seremonier, sjelesorg, omsorgsarbeid og veiledningstjenester. Sykehusprest, fengselsprest, studentprest og feltprest er derfor etter hvert blitt etablerte begrep i norsk dagligtale.

Tilbudet om religions- og livssynsbetjening anses som en viktig del av virksomheten ved norske helseforetak. I Oslo universitetssykehus sine retningslinjer vektlegges for eksempel pasienters åndelige og eksistensielle behov som en sentral del av virksomheten (OUS 2021a, pkt. 4). I Stortingsmeldingen «Lindrende behandling og omsorg», trekkes åndelige og eksistensielle behov fram som sentrale aspekter ved omsorgstilbudet. I tillegg understrekes det at:

(...) Det kulturelle og religiøse mangfoldet i befolkningen gjenspeiles i helse- og omsorgstjenesten. Det er viktig å ta hensyn til den enkeltes kulturelle og religiøse bakgrunn. Det kan være behov for å kartlegge den enkeltes ønsker og bakgrunn som grunnlag for tiltak og tilrettelegging av tilbudet (Meld. St.24, 34).

Det handler med andre ord om å tilby et helhetlig omsorgstilbud, som ikke bare inkluderer fysiske og kroppslige behov, men også åndelige og eksistensielle som ivaretar den enkeltes religiøse og kulturelle bakgrunn. Tilbudet skal ikke bare gjelde for pasienter og pårørende på landets sykehus, men også for beboere på sykehjem og andre institusjoner. Tilbudet om religions- og livssynsbetjening er dermed nært forbundet med den overordnede målsettingen om å tilby en helhetlig helsetjeneste.

Religions- og livssynsbetjening har vært omdiskutert i norsk offentlighet, men foreløpig finnes det lite forskning på området. De siste årene har det vært organisert konferanser om temaet i regi av Samarbeidsrådet

for tros- og livssynssamfunn og Human-Etisk Forbund (STL 2017; HEF 2018). Det finnes også publikasjoner som tematiserer det åndelige og eksistensielle behovet som inntreffer ved sykdom og lidelse (se f.eks. Austad et.al. 2020; Grasaas 1997), organiseringen av religionsbetjeningen ved norske sykehus mer generelt (Bråten 2019), og som belyser problemstillinger knyttet til religiøs pluralisering spesielt (Grung og Bråten 2019). Med denne artikkelen ønsker jeg å tilføre ny informasjon om hvordan religionsbetjeningen for norske muslimer er organisert, og noen av utfordringene som oppstår i denne sammenheng. I arbeidet med denne artikkelen har jeg samlet stillingsutlysninger, avisartikler, kronikker og debattinnlegg som er publisert de siste årene om religions- og livssynsbetjening ved norske sykehus. I tillegg har jeg innhentet informasjon om hvordan ordningen praktiseres og fungerer ved ulike institusjoner, i form av intervjuer og samtaler med representanter for religions- og livssynsbetjening ved de fem største sykehusene i Norge: Haukeland universitetssykehus, Oslo universitetssykehus (OUS), Stavanger universitetssykehus (SUS), Universitetssykehuset i Trondheim (St. Olavs hospital) og Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø (UNN).² Hensikten med datainnsamlingen har vært å kartlegge religions- og livssynsbetjeningen som finnes ved de største sykehusene, og fange opp noen av problemstillingene som oppstår i betjeningen av personer med muslimsk bakgrunn.

EN HELHETLIG OG PLURALISTISK RELIGIONS- OG LIVSSYNSPOLITIKK

Å legge til rette for et likeverdig tilbud for religions- og livssynsbetjening ved offentlige institusjoner og etater har vært et sentralt tema i norsk religionspolitikk. Religionspolitisk sett befinner Norge seg for tiden mellom to ulike modeller. På den ene siden har Norge fulgt den såkalte *establishmentmodellen*, som gir en definert statsreligion privilegier overfor andre religioner og livssyn (Plesner 2016, 65). Fram til 2012

² Intervjuene ble gjennomført på epost og i telefonsamtaler med ansatte ved avdelinger som har ansvar for religions- og livssynsbetjening ved sine institusjoner. Spørsmålene omhandlet tjenestetilbudet, og inkluderte ikke personidentifiserende opplysninger, verken om de ansatte eller brukere av tilbudet.

var den evangelisk-lutherske kirke definert som statskirke i Norge. Selv om forholdet mellom stat og kirke er endret, har Den norske kirke som folkekirke fortsatt en privilegert rolle overfor staten. Establishmentmodellen vektlegger religionsfrihet som et viktig prinsipp, men legger samtidig til rette for forskjellsbehandling. I grunnloven er for eksempel verdigrunnlaget definert som kristent og humanistisk, Den norske kirke er identifisert som folkekirke og som forvalter av gravplasser over hele landet, og kirkens religiøse kalender bestemmer tidspunktet for flere nasjonale helligdager (Bøe 2018, 1-2).

På den andre siden finner vi eksempler på at Norges religionspolitikk de siste årene har beveget seg mot en *pluralismemodell*, som innebærer et prinsipielt skille mellom religion og stat (Plesner 2016, 68). Her tilrettelegges det for individers og gruppers religionsutøvelse i offentlig sammenheng, og statens oppgave blir å sikre likebehandling på dette området. Norges religiøse landskap har også forandret seg betraktelig de siste tiårene. Selv om religionsmangfoldet er økende, er Den norske kirke fortsatt størst. Ifølge Statistisk sentralbyrås religionsstatistikk hadde Den norske kirke i overkant av 3.6 millioner medlemmer i 2021 (SSB 2022). Deretter kommer kristne kirkesamfunn utenfor Den norske kirke, som er oppført med 370 997 medlemmer i 2021, og muslimske trossamfunn kommer på en tredje plass med 169 605 medlemmer. Buddhistiske trossamfunn er fjerde størst gruppering, med 21 567 medlemmer i 2021. Et særtrekk ved det norske samfunn er at hele 97 260 personer er registret som medlemmer i Human-Etisk forbund og andre livssyn, noe som er langt høyere enn i andre land (SSB 2022). For å ivareta dette religions- og livssynsmangfoldet i norsk offentlighet, har flere religionspolitiske tiltak blitt iverksatt. Disse har inkludert lovendringer om vigsel og gravferd, men også økonomiske tilskuddsordninger fra staten til ulike registrerte trossamfunn (Bøe 2018, 1-4). I 2021 trådte også en ny lov om trossamfunn i kraft, og erstattet dermed tidligere lovverk på området.³ Hensikten med de ulike tiltakene har ikke bare vært å løse på båndene mellom stat og kirke, men også å sikre større grad av likebehandling av livssyn og religioner utenfor Den norske kirke.

³ Trossamfunnsloven erstatter Lov om trdomssamfunn og ymist anna fra 1969 og Lov om tilskott til livssynssamfunn fra 1981.

Grunnlovsbestemmelsen om religionsfrihet har veid tungt i denne prosessen, og medført endringer for ivaretagelse av religiøst mangfold i det offentlige rom, i offentlige institusjoner og i politikkkutformingene.

I den offentlige utredningen «Det livssynsåpne samfunn: en helhetlig tros- og livssynspolitikk» utgitt i 2013, utgjorde religions- og livssynsbetjening i offentlig sektor et av hovedpunktene. Her pekes det på at organiseringen i for stor grad tilpasses majoritetsbefolkningens religiøse tilhørighet, og at en aktiv tilrettelegging for befolkningens religions- og livssynstilhørighet vil kreve et større mangfold i tjenestene som tilbys (NOU 2013, 169). På den bakgrunn slås det fast at: «Det bør legges til rette for likestilling og mangfold når det gjelder religiøs og livssynsmessig betjening på sykehus, i fengsler og i det militære» (NOU 2013, 55).

Religions- og livssynsbetjeningen har også blitt betraktelig utvidet de siste årene. I 2017 ble Norges første sykehusimam ansatt ved Haukeland universitetssykehus. Samme år ble også den første feltimamen i Norge tilsatt i hæren. Dette er en permanent stilling som inngår i Forsvarets tros- og livssynskorps (tidligere Feltprestkorps). Foruten en feltimam, har hæren også tilsatt en felthumanist. I 2021 ansatte også universitetssykehuset Nord-Norge landets første sykehushumanist i fast stilling. Sykehushumanisten har Human-Etisk forbund som senderorganisasjon. Som vi skal se er det også iverksatt andre initiativ rettet inn mot betjeningen av et stadig økende religions- og livssynsmangfold i sykehussektoren.

ORGANISERING AV RELIGIONS- OG LIVSSYNSBETJENING VED NORSKE SYKEHUS

I arbeidet med denne artikkelen har jeg innhentet opplysninger om hvordan religions- og livssynsbetjeningen for personer med muslimsk bakgrunn organiseres på fem norske sykehus. Undersøkelsen viser at samtlige har ordninger for religions- og livssynsbetjening. Tilbudet varierer imidlertid i stor grad når det gjelder navn på ordningen, antall stillinger, hva slags stillingstitler som blir brukt og hvilke religions- og

trossamfunn som er inkludert. I tillegg varierer ansettelsesforhold fra fast ansatte, til frivillige kontaktpersoner fra ulike trossamfunn.

Tabell 1: Oversikt over religions- og livssynsbetjening ved noen utvalgte norske sykehus

Sykehus	Navn på avdeling for religions- og livssynsbetjening	Antall ansatte	Navn på stillinger	Eget tilbud til brukere med muslimsk bakgrunn	Livssynsuavhengig konsulent
Haukeland universitetssykehus i Bergen	Seksjon for prestedtjeneste og etikk	Syv stillinger	Sykehusprest, kulturkonsulent og sykehusimam	Ja, sykehusimam i 20 prosent stilling	Nei
Oslo universitetssykehus (OUS)	Prestetjenesten. Samtalepartner om tro og livssyn er et supplement til prestedtjenesten.	10 fast ansatte og en prosjektstilling i 30 prosent	Sykehusprest og en muslimsk samtalepartner	Ja, muslimsk samtalepartner ansatt i 30 prosent stilling	Nei
St. Olavs Hospital i Trondheim	Preste- og samtalejeneste	Seks stillinger	Sykehusprest og muslimsk kulturkonsulent	Ja, muslimsk kulturkonsulent i 40 prosent stilling	Nei
Stavanger universitetssykehus (SUS)	Seksjon for prestedtjeneste, etikk og livssyn	Fire sykehusprester, to ansatte i delvis preste- og forskerstillinger, og en kultur- og livssynsrådgiver	Sykehusprest og kultur- og livssynsrådgiver	Nei, men kan tilkalle representanter fra lokale trossamfunn fra egen liste	Ja. Livssynsuavhengig kultur- og livssynsrådgiver i 40 prosent stilling, som også jobber 25 prosent med tolketjenester
Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)	Preste- og samtalejeneste	Tre-fire stillinger	Sykehusprest og livssynshumanist	Nei, men kan tilkalle representanter fra lokale trossamfunn fra egen liste	Nei

Som tabellen viser, er tilbudet om religions- og livssynsbetjening organisert i tre ulike varianter: kombinert preste- og samtalejeneste (St. Olavs hospital og UNN), Prestetjeneste- og etikk (Haukeland universitetssykehus og SUS), og separat preste- og samtalejeneste (OUS). I tillegg skilles det grovt sett mellom fast ansatte ved sykehusene, og frivillige. Forskjellen her handler ikke bare om institusjonstilknytning, men også om hva slags kompetansekrav som stilles. Beret Bråten skiller videre mellom tre former for organisering (Bråten 2019, 68):

Homogen organisering innebærer at tjenesten er tilbudt av ansatte i helseforetaket med tilknytning til Den norske kirke. Tjenestetil-

budet utenfor Den norske kirke er basert på frivillighet og uten bestemte kompetansekrav. Denne varianten var lenge rådende og finnes fortsatt på flere norske helseforetak, inkludert Stavanger universitetssykehus.

Heterogen organisering betyr at det finnes tilbud om religions- og livssynsbetjening utenfor Den norske kirke, som tilbys av ansatte ved helseforetaket som oppfyller bestemte krav til kompetanse, og i noen tilfeller organisasjonstilknytning. Denne ordningen er i framvekst ved de største sykehusene i landet, og finnes ved Oslo universitetssykehus, Haukeland universitetssykehus, St. Olavs hospital og ved universitetssykehuset Nord-Norge.

Delvis heterogen organisering innebærer at det stilles kompetansekrav til frivillige ved helseforetak, men at de ikke er ansatt. Denne organiseringen praktiseres i form av ordningen «Samtalepartner om tro og livssyn» ved OUS.

Tre av de fem sykehusene som er inkludert i denne studien har egne stillinger for betjening av personer med muslimsk bakgrunn. Haukeland universitetssykehus opprettet en stilling som sykehusimam i 2017, og ved OUS ble det ansatt en muslimsk samtalepartner i 2021. Ved Haukeland er det i tillegg ansatt en kulturkonsulent med buddhistisk bakgrunn. Både kulturkonsulenten og imamen inngår i arbeidet med tolkearbeid og religiøse minoriteter ved sykehuset. Sykehusimamen ved Haukeland er fast tilsatt som imam ved Bergen moske, men inngår i Seksjon for prestetjeneste og etikk ved sykehuset 20 prosent av arbeidstiden. Kontaktpersonen ved Haukeland oppgir at denne stillingsprosenten ikke dekker det faktiske behovet for religionsbetjening for muslimske brukere ved sykehuset. Sykehusimamen blir ofte tilkalt utenom ordinær arbeidstid, og oppgavene med å følge opp personer som er i krise og i sorg kan kreve mye tid og krefter. Slik tjenesten er organisert ved Haukeland inngår imamen i et team med sykehusprestene og kulturkonsulenten, og dette betyr at de tidvis kan avlaste hverandre.

Prosjektstillingen som muslimsk samtalepartner ble etablert ved OUS og sykehjemsetaten i Oslo i 2021. Samtalepartneren jobber i til-

legg som imam ved *Islamic Cultural Center* i Oslo, og er ved sykehuset i 30 prosent stilling. Han er del av den ordinære prestedtjenesten, men har et særansvar for pasienter og pårørende med muslimsk bakgrunn og samarbeider også med de andre i samtalepartnertjenesten ved OUS. Samtalepartnertjenesten er ikke en integrert del av prestedtjenesten, men beskrevet som «et supplement» på sykehusets nettsider (OUS 2021b). De fleste som inngår i ordningen har samtalepartnerkurs fra Det teologiske fakultet ved Universitetet i Oslo, og kontaktpersonen ved OUS oppgir at det er ønskelig at de også har fullført masterprogrammet Lederskap, etikk og samtalepraksis fra samme institusjon.

St. Olavs hospital i Trondheim har hatt en muslimsk kulturkonsulent siden 2010. Kulturkonsulentens oppgave er å betjene pasienter og pårørende med religiøs minoritetsbakgrunn, deriblant brukere med muslimsk bakgrunn. Tidligere har det vært ansatt fire ulike personer i denne stillingen: to menn og to kvinner. Deres bakgrunn har variert fra personer med tilknytning til moskemiljøet i Trondheim, til en person med helsefagligbakgrunn og en med bakgrunn som førskolelærer. Personen som er ansatt som kulturrådgiver per i dag er en kvinne med tilknytning til Mevlana kulturforening i Trondheim. På St Olavs hospitals nettsider framgår det at kulturkonsulenten er tilgjengelig både for samtaler og ritualer (Snøfugl 2021). St. Olavs hospital hadde også tidligere en prøveordning med en sykehushumanist som var ansatt i perioden 2010-2015. Dette var en internfinansiert stilling som ikke ble videreført.

Verken Stavanger universitetssykehus (SUS) eller universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har egne tilbud til muslimer. I stedet for å ansette en person med hovedansvar for spesifikke religioner eller livssyn, har SUS valgt å ansette en livssynsneøytral kultur- og livssynsrådgiver. Dette er en livssynsuavhengig stilling, som skal betjene religiøst og kulturelt mangfold utenfor Den norske kirke. Rådgiveren har en masterutdanning i globale studier, med spesialisering i religionsdialog. Her er altså kunnskap om kultur og religion vektlagt, og ikke teologikompetanse innenfor en spesifikk religion. Følgelig har rådgiveren heller ikke direkte pasientkontakt som del av sin stilling. Prestedtjenesten ved

SUS kan imidlertid formidle kontakt med representanter fra ulike tros- og livssynssamfunnsmiljøene i lokalområdet med utgangspunkt i en egen liste som er utarbeidet av sykehuset. Kontaktpersonen ved SUS oppgir at blant de religiøse minoritetene som er representert ved sykehuset er det størst behov for et tilbud til muslimer, og til medlemmer av Den katolske kirke.

Frivillige representanter

Samtlige sykehus i denne studien har etablert ordninger for tilkalling av representanter fra lokale trossamfunn ved behov. Denne ordningen kommer i tillegg til det ordinære tilbudet om religions- og livssynsbehandling. Tilkallingen skjer enten ved at pasient eller pårørende ber om å møte spesifikke representanter, eller ved at sykehuset tilkaller representanter for religions- og livssynssamfunn som de allerede har kontakt med på vegne av brukerne.

Flere av sykehusene jeg har vært i kontakt med har egne lister over representanter som kan tilkalles fra ulike religioner og livssyn i de aktuelle distriktene. Ved Haukeland baserer de ansatte seg på en liste som er utarbeidet av Samarbeidsrådet for tros- og livssynsamfunn (STL) i Bergen. Listen inkluderer representanter fra ulike religions- og livssynssamfunn i Bergen, som kan være tilgjengelige for samtale tjenester. Kontaktpersonene på listen inkluderer i hovedsak ledere og forstandere i de ulike organisasjonene, men det finnes også personer i andre posisjoner som er oppført på listen. Listen inkluderer i hovedsak personer med formell tilknytning til religiøse eller livssynsorganisasjoner. En tilsvarende liste er i bruk ved Stavanger universitetssykehus (SUS). Kontaktpersonen ved Prestetjeneste, etikk og livssyn ved SUS oppgir at de har en liste bestående av omtrent 100 personer som kan kontaktes dersom pasient eller pårørende ber om det. Listen inkluderer representanter fra 74 ulike religions- og livssynsamfunn, og omfatter blant annet kristne frikirker, Jehovas Vitner, Human-Etisk Forbund, samt ulike trossamfunn med tilknytning til islam, hinduisme, buddhisme og bahai. I hovedsak er det ledere eller forstandere fra de ulike organisasjonene som er oppført på listen, men andre personer som tar seg av religions- og livssyns-

betjening med utgangspunkt i personlig egnethet eller bakgrunn står også oppført på listen. Kontaktpersonen ved SUS oppgir at organisasjonene oppfordres til å foreslå personer som representerer variasjon når det gjelder kjønn og språk, slik at tilbudet skal kunne treffe flere. Dette kan tyde på at listen per i dag ikke rommer ønsket variasjon på dette området.

Lister over frivillige representanter står sentralt i organiseringen av heterogene tilbud for religions- og livssynsbetjening ved norske helseforetak. En studie gjennomført ved sykehus og sykehjem i Oslo-regionen avdekket imidlertid at det finnes store variasjoner i praksis når det gjelder rutiner for å holde lister over aktuelle religions- og livssynseksperter (Plesner og Døving 2009, 99-100). Ved noen institusjoner var det lister som jevnlig ble oppdatert av de ansatte ved prestatjenesten. Ved andre institusjoner fantes det ikke slike lister, og de ansatte måtte dermed ty til internett for å finne relevante personer de kunne kontakte når behovet oppstod (Plesner og Døving 2009, 100).

En gjennomgående utfordring ved sykehusenes bruk av frivillige representanter handler også om i hvilken grad tilbudet om religions- og livssynsbetjening er tilrettelagt for religiøse minoriteter. Slik gjennomgangen fra sykehusene som inngår i denne studien viser inkluderer listene som er i bruk et variert knippe av religions- og livssynsorganisasjoner, mens andre baserer seg på de største og mest etablerte organisasjonene i regionen. Utfordringene knyttes til i hvilken grad representantene på listene kan ivareta variasjon i landbakgrunn, etnisitet, kjønn og religiøse minoritetsretninger som finnes blant brukerne av sykehusenes tilbud. Som vi skal se er dette en utfordring som er relevant også i sykehusenes faste tilbud om religions- og livssynsbetjening for muslimer.

SYKEHUSIMAM, MUSLIMSK SAMTALEPARTNER ELLER MUSLIMSK KULTURKONSULENT?

Etter at universitetssykehuset og sykehjemsetaten i Oslo fikk tildelt midler til å ansette en person til å ta seg av religions- og livssynsbetjening for personer med muslimsk bakgrunn, oppsto det diskusjon om hvilken stillingstittel som skulle brukes. Med en økende muslimsk befolkning i regionen, ble satsingen rettet mot å ivareta muslimers åndelige og eksistensielle behov ønsket velkommen. At stillingen skulle lyses ut som «sykehusimam» viste det seg derimot å være større uenighet om. I et debattinnlegg i avisen *Vårt Land* argumenterte Amina Sijecic Selimović, styreleder for organisasjonen *Hikmah*-huset, for at imam-tittelen ville sette det interne mangfoldet blant muslimer på spill og ekskludere kvinner fra å søke (Selimovic 2020). Selimovic stilte også spørsmål ved om det nødvendigvis var en imam som ville være best egnet til å ivareta stillingens oppgaver, og argumenterte for at stillingen skulle lyses ut som muslimsk samtalepartner og ikke som sykehusimam.

Sykehusimam er en stillingstittel som ble tatt i bruk i Norge ved Haukeland sykehus i 2017, og senere samme år kom også tittelen feltimam i Forsvaret. Imam-tittelen som brukes i disse sammenhengene bygger på rollen som prester fra Den norske kirke har hatt i norsk offentlig sektor. Omformingen av imamrollen til en sykehusimam kan anses som et eksempel på såkalt «kirkeleggjøring» (*churchification*) av islam, og viser måter islam og muslimer tilpasses til kirkens eksisterende institusjonelle rammeverk på (Vinding 2018, 50). Kirkeleggjøring kan foregå på ulike måter, og utgjør en viktig strategi for å tilpasse islam til en europeisk kontekst. Prosessen kan innebære en omforming av strukturelle og organisatoriske, så vel som teologiske aspekter ved religionen. Endringene kan skje utenfra, fra politisk hold, eller innenfra, blant religionens egne medlemmer, eller fra begge hold samtidig (Vinding 2018, 51-52). Det er sistnevnte som har vært tilfelle ved opprettelsen av stillinger som sykehusimam ved norske sykehus. Samtidig er det viktig å være klar over at rollen som imam skiller seg fra presterollen på flere måter, og at omformingen derfor ikke nødvendigvis er helt

sømløs. En studie av muslimsk religionsbetjening fra Storbritannia viser for eksempel at lovspørsmål og rettslige fortolkninger av hva som er «korrekt» oppførsel eller praksis står mye mer sentralt her enn i det kristne religionsbetjeningstilbudet (Gilliat-Ray et. al. 2013, 169). Dette er bare ett eksempel på forskjeller i tjenesten, men viser at omformingen av rollen som sykehusprest ikke utelukkende innebærer en direkte overføring eller kopiering til islam eller til andre religions- og livssynstradisjoner.

Det arabiske ordet *imam* viser gjerne til den som står foran, og imams tradisjonelle rolle innenfor sunni-islam er knyttet til det å lede bønn. Det er ingen formelle krav til hvem som er kvalifisert til å ta imamtittelen, og imamen har derfor i utgangspunktet heller ingen innflytelse utover det å lede bønneritualet. Etter hvert som islam er blitt etablert i Norge, har imamrollen blitt utvidet til å inkludere flere nye roller og oppgaver enn det som er vanlig i muslimske majoritetsland. I norske moskeer knyttes imams rolle primært til det å lede bønn, men kan også inkludere andre seremonielle ritualer rundt fødsel, vigsel og død og koranundervisning (Døving 2012, 36-37). Med omformingen av imamrollen i offentlig sektor, har imamrollen blitt ytterligere spesialisert til å inkludere oppgaver som sjelesorg, sosialt omsorgsarbeid og religiøs veiledning blant annet til personer med muslimsk bakgrunn som er syke, sitter i fengsel, eller avtjener verneplikt i hæren (Døving 2012, 38-39). I hvilken grad den enkelte imam er egnet til å utføre slike oppgaver, i tillegg til de mer rituelle oppgavene, vil avhenge av den enkeltes kompetanse og utdanning. Men det vil også bero på den enkelte imams kulturelle kapital, mer bestemt kompetanse innen språk og kultur som er rådende i det norske samfunn (Døving 2012, 43). Dette er kompetanse som ikke utelukkende kan opptjenes i form av formell utdanning, men som tilegnes ved å ta del i norsk kultur- og samfunnsliv.

Den britiske studien av muslimsk religionsbetjening understreker også betydningen utviklingen av dette tilbudet har for religiøs autoritet (Gilliat-Ray et. al. 2013, 7). Forskerne peker på at ansettelse av muslimske religionsbetjenere i offentlige institusjoner innebærer at det skapes nye muslimske fagpersonroller, og dermed nye religiøse autoritets-

posisjoner. Denne situasjonen reiser spørsmål om nødvendigheten av å være anerkjent som imam for å kunne ansettes i offentlig muslimsk religionsbetjening, eller om det er andre typer autoritet eller egenskaper som skal legges til grunn. Dermed aktualiseres også spørsmålet om hva slags autoritet som skal ligge til grunn: *institusjonell* autoritet i kraft av ansettelse i offentlige institusjoner eller *epistemisk* autoritet som beror på personlige egenskaper, kunnskap eller egnethet (Vinding 2018, 242-243). Forholdet mellom institusjonell og epistemisk autoritet, og da særlig måten religiøs autoritet og kunnskap produseres og legitimeres på og hvilke autoriteter som anerkjennes, er ikke bare viktig internt i de ulike trossamfunnene. Det blir også avgjørende for videreutviklingen av offentlige institusjoners tilbud om muslimsk religionsbetjening, og for framtidige tilpasninger av islam i europeisk sammenheng (Vinding 2018, 251).

Omformingen av imamrollen til sykehusimam i norsk sammenheng har reist grunnleggende spørsmål om krav til kompetanse, hvilke oppgaver som er tiltenkt stillingen og organisasjonstilhørighet. Da stillingen som muslimsk kulturkonsulent ble utlyst ved St. Olavs hospital i Trondheim i 2020, var kompetansegrunnlaget og organisasjonstilhørighet definert annerledes enn i stillingsutlysningen ved universitetssykehuset i Oslo (OUS). Der hvor OUS-stillingen definerte samtaler, veiledning og «gjennomføring av ritualer, bønn og koranlesning» som sentrale oppgaver (Karrierestart 2021), vektla utlysningen ved St. Olavs hospital samtale og «kulturforståelse» (Karrierestart 2020). Videre sto det i stillingsbeskrivelsen at personen som ble tilsatt i Trondheim skulle:

(...) bidra til å fremme kulturforståelse og kommunikasjon mellom mennesker fra ulike kulturer. Likeverdige helsetjenester vil være et viktig fokus. Kulturkonsulenten skal ha særskilt oppmerksomhet mot pasienter og pårørende med muslimsk kulturbakgrunn (Karrierestart 2020).

Krav til kompetanse skilte seg også i de to stillingsutlysningene. Ved OUS var utdanning i islamsk teologi etterspurt, mens St. Olavs hospital vektla høyere utdanning på bachelor- eller masternivå. I tillegg var islamstudier og undervisnings- og veiledningserfaring ført opp som for-

delers ved sistnevnte utlysning. Ved OUS var det oppført som ønskelig at personen startet på masterstudiet «Lederskap, etikk og samtalepraksis» ved Teologisk Fakultet (TF) ved UiO, eller avla kurs i «Muslimsk omsorgspraksis» ved samme institusjon (Karrierestart 2021). Dette er nyopprettede utdanningstilbud, som er rettet inn mot hva sjelesorg og omsorgsarbeid betyr og innebærer i en norsk og nordisk kontekst. Masterstudiet ved TF tilbyr valgemner med fordypning i emner som islamsk omsorgsarbeid, buddhistisk omsorgspraksis, samt filosofisk praksis. Stillingsutlysningene ved de to sykehusene la med andre ord opp til ganske ulike oppgaver og kvalifikasjoner. De bygger også på ulike forståelser av stillingsoppgaver: Utlysningen ved St. Olavs hospital var innrettet mot å fremme kulturforståelse og kommunikasjon, mens utlysningen ved OUS vektla samtale- og omsorgsoppgaver i tillegg til betjening av ritualer og sjelesorg. Det kan se ut som stillingen som muslimsk samtalepartner ved OUS var innrettet mot oppgaver og kvalifikasjoner som var utformet etter modell fra sykehusprestetjenesten og var tiltenkt en sykehusimam, selv om dette var en stillingstittel som ikke ble brukt i utlysningsteksten. Ved St. Olavs hospital var stillingen opprinnelig tiltenkt en kulturkonsulent, og dermed var det bedre samsvar mellom oppgaver og kompetanse som var etterspurt i utlysningsteksten.

REPRESENTASJON AV INTERNT RELIGIØST MANGFOLD

Stillingstittel og krav til kompetanse er tema som henger sammen med den bredere organiseringen av religionsbetjeningen for muslimer i offentlige institusjoner, og kan ha konsekvenser for i hvilken grad den som ansettes kan representere internt religiøst mangfold som finnes blant norske muslimer. Da stillingen ved OUS ble utlyst, inneholdt stillingsannonsen et krav om at søkeren måtte vise tilknytning til en bestemt senderorganisasjon. Dette er organisasjoner som den ansatte vil ha som institusjonelt kontaktpunkt, og dette følger den tradisjonelle måten prestetjenesten har vært organisert på, nemlig at sykehuspresten tilhører Den norske kirke og opptre på kirkens vegne. I likhet med omformingen av imamrollen til sykehusimam, kan kravet om at den ansatte

har tilknytning til en senderorganisasjon anses som nok et uttrykk for kirkeliggjøring av islam; en tilpasning av imamrollen etter modell av sykehuspresten, i dette tilfellet med forventning om at denne måten å organisere tilbudet på er hensiktsmessig også innen islam.

Krav om tilknytning til senderorganisasjoner er også utbredt i offentlige etaters tilbud om religions- og livssynsbetjening. Forsvaret har ansatt henholdsvis en felthumanist og feltimam med tilknytning til Human-Etisk Forbund og *World Islamic Mission*. Også sykehushumanisten som ble ansatt ved Universitetssykehuset Nord-Norge i 2021 har Human-Etisk Forbund som senderorganisasjon. Ved Haukeland universitetssykehus har sykehusimamen forbindelse til Bergen moske, og den muslimske samtalepartneren som er ansatt i helsesektoren i Oslo har *Islamic Cultural Centre* i Oslo som sin senderorganisasjonen. Hvorvidt organisasjoner med muslimsk profil kan representere og tilby likeverdige tjenester til alle muslimer kan selvsagt diskuteres. Likevel spiller muslimske organisasjoner en nøkkelrolle når det gjelder institusjonaliseringen og formgivningen av islam og muslimer (Brekke et. al. 2019, 231). Et krav om forankring i senderorganisasjon kan også stå sentralt i godkjenning, kontroll og kvalitetssikring av tilbudet om religions- og livssynsbetjening. Det at en representant for islam har en bestemt organisasjonstilknytning kan dermed fungere som et definert utgangspunkt for hva slags religionsbetjening som tilbys. Flere av mine kontaktpersoner ved sykehusene framhevet organisasjonstilknytning som et viktig prinsipp, som en måte virksomhetene kan sikre at tilbudet holder et kvalitetsmessig nivå, en viss standard og at tilbudet er tilpasset norsk kultur og samfunnsliv. Samtidig er det ingen garanti for dette. En av kontaktpersonene jeg snakket med uttrykte bekymring for hva slags oppfølging og råd en kvinne som vurderer abort vil få i møte med representanter fra religiøse organisasjoner som gjerne har mer konservative syn på saken enn det som norsk lov legger til rette for. Dette er riktignok ikke en problemstilling som utelukkende oppstår ved religionsbetjening som tilbys av representanter fra muslimske trossamfunn, men kan være like aktuelt dersom religionsbetjening kommer fra andre tros- og livssynsamfunn, inkludert representanter fra Den norske kirke. Tilhørighet

til en senderorganisasjon kan også innebære en større grad av formalisering av hva slags religionsbetjening som tilbys, enn det enkeltstående og frivillige representanter kan gjøre.

Samtidig er det interessant å sammenligne stillingsutlysningen ved OUS med utlysningen fra St. Olavs hospital når det gjelder krav om organisasjonstilknytning. I sistnevnte utlysningstekst ble følgende personlige egenskaper framhevet: «kjennskap til og tillit i det muslimske miljøet i Trondheim, ha gode kunnskaper om Islam [sic] og ha åpenhet for og kunnskaper om andre religioner og livssyn» (Karrierestart 2020). Selv om organisasjonstilknytning er vektlagt også her, er den tenkt på en annen måte enn i stillingsutlysningen ved OUS. Det viste seg også at kombinasjonen av krav om teologiske kvalifikasjoner og tilhørighet til en senderorganisasjon fikk kjønnsmessige konsekvenser i ansettelsesprosessen ved OUS. Selv om tilknytning til en senderorganisasjon, slik det var definert i OUS' stillingsutlysning, ikke nødvendigvis diskvalifiserte kvinner fra å søke, ble dette likevel utfallet da ingen av kvinnene som hadde søkt stillingen ble innkalt til intervju (Brandvold 2021). Ifølge talspersonen for OUS, var grunnen at ingen av kvinnene oppfylte kravene om teologisk formalkompetanse og tilhørighet til en senderorganisasjon. I dette tilfellet diskvalifiserte dermed kombinasjonen krav om teologi-kompetanse og tilknytning til en senderorganisasjon kvinnene som søkte stillingen. Ved St. Olavs hospital, derimot, var kompetansekravet og organisasjonstilhørighet definert på en annen måte. Stillingsutlysningen vektla «kulturforståelse» og «kjennskap og tillit i det muslimske miljøet» for en større søkermasse, og ansettelsesprosessen endte også med at en kvinne fra Trondheims moskemiljø ble ansatt. Rekruttering av kvinner til muslimsk religionsbetjening er nært knyttet til spørsmål om hva slags erfaring, egenskaper og kompetanse som skal kreves, og hva tilbudet skal innebære og bety. Studien av muslimsk religionsbetjening i Storbritannia dokumenterer blant annet at rekruttering av kvinner til muslimsk religionsbetjening ikke bare har gitt kvinner en åpning inn i yrket, men også bidratt til å gi kvinner tilgang til religiøse autoritetsposisjoner og anerkjennelse som kan være vanskelig å oppnå på andre arenaer (Gilliat et. al. 2013, 93). På denne

måte kan representasjon av kvinner i muslimsk religionsbetjening bidra til grenseforskyving, ikke minst når det gjelder hvem som får representere islam i offentlig sektor.

Kravet om organisasjonstilhørighet kan også ha konsekvenser for i hvilken grad tilbudet om religionsbetjening kan omfatte og ivareta internt religiøst mangfold, og oppleves som relevant for norske muslimer. De siste årene har det vært en merkbar økning i graden av internt religiøst mangfold slik det uttrykkes i norsk offentlighet blant personer med muslimsk bakgrunn. Mangfoldet inkluderer variasjoner i religiøse retninger, teologiske tolkninger og religiøs tilhørighet innen islam (Bøe 2022, 94-98). Faktorer som landbakgrunn, etnisitet, kjønn, seksuell orientering, migrasjonserfaring og lignende kan også være av betydning her. Dette mangfoldet gjenspeiles i Norges muslimske befolkning og har betydning for hvorvidt tilbudet om religions- og livssynsbetjening oppleves som relevant for personer som på ulike måter definerer seg som muslimer. Kravet om organisasjonstilhørighet forutsetter også at minoritetsretninger innen islam, som for eksempel sjia-muslimer eller ahmadiier, omfattes i tilbudet. En av kontaktpersonene mine trakk fram utfordringen knyttet til representasjon av slike religiøse minoritetsretninger innen islam, og understreket at sykehus som er lokalisert på steder med mindre grad av religiøst mangfold møter vanskeligheter med å ivareta behovet for betjening av muslimske minoriteter. Representantene som sykehuset benytter i betjening av muslimer er som regel knyttet til sunni-muslimske moskeer, og det kan dermed oppstå problemer med gjensidig anerkjennelse av hva som er «korrekt» islam eller hvem som kan regnes som «ekte» muslim i møte med muslimer fra minoritetsretninger. Dette henger sammen med et utbredt syn på at sunni-islam utgjør en standardversjon av islam, mens ahmadiyya og sjia-islam plasseres utenfor eller i beste fall i periferien av islam (Bøe og Flakerud 2017, 181-182; Jacobsen et.al 2015, 360). Det vil også finnes tilfeller hvor muslimske minoriteter kan ha behov for betjening av andre ritualer eller religiøse praksiser enn de som er utbredt i majoritetsretningen.

Det interne mangfoldet som finnes blant norske muslimer gjenspeiles ikke utelukkende i de ulike retningene som er representert innenfor islam, men også i pluraliseringen og den økende sekulariseringen som skjer i deler av den muslimske befolkning. Blant Norges muslimske befolkning er omtrent to tredjedeler registrert som medlemmer av muslimske organisasjoner eller trossamfunn (Bøe 2021, 501). Ved krav om organisasjonstilknytning, vil de som inngår i den siste tredjedelen ikke bare være forhindret fra å søke stillingen som muslimsk samtalepartner, uavhengig av hva slags fagkompetanse de måtte inneha. Det er også grunn til å tro at de vil oppleve at et tilbud om religionsbetjening knyttet til en bestemt muslimsk senderorganisasjon i mindre grad vil imøtekomme deres behov, enn det et organisasjonsuavhengig tilbud vil kunne gjøre. Denne fragmenteringen gir også grunn til å stille spørsmål ved hvordan selve kategorien "muslim" defineres, selve kategorien «muslim», og hvem som faller innenfor og utenfor en slik betegnelse. Hvorvidt religionstilhørigheten bestemmes på bakgrunn av familiebakgrunn, organisasjonstilknytning eller selvidentifisering kan gi svært ulike utfall for hvem som får representere muslimer og hva som blir forstått som muslimsk religiøsitet (Thurfjell og Willander 2021).

Tilbud skaper etterspørsel

Flere kontaktpersoner ved sykehusene som inngikk i denne studien oppga at bruken av religions- og livssynsbetjeningen utenfor Den norske kirke er avhengig av at tilbudet er godt kjent blant de ansatte, slik at de kan informere pasienter og pårørende om at det er mulig å få åndelig og eksistensiell veiledning dersom det er behov. Dersom tilbudet er lite kjent, slik det rapporteres om ved flere av sykehusene, er det som regel pasienter og pårørende som allerede har etablerte kontakter på feltet som benytter seg av tilbudet om å tilkalle frivillige representanter til sykehuset. Bråten's studie ved norske sykehus viser tilsvarende, at erfaringene med å ha sykehusimam, muslimsk kulturkonsulent og sykehushumanist tilsier at tilbud skaper etterspørsel (Bråten 2019, 78). Men, som Bråten påpeker, sier ikke dette noe sikkert om behovet for tjenesten, ettersom etterspørsel henger sammen med informasjon om

tilbudet. Studien viser også at det er grunn til å stille spørsmål ved måten behovet for religions- og livssynsbetjening defineres og registreres på (Bråten 2019, 71). Bråten fant at graden av behov og etterspørsel etter tjenesten hang sammen med graden av tillitt og kjennskap til de som tilbyr betjeningen, og at dette gir de fast ansatte en fordel. Det kan også legges til at en nærliggende utfordring kan være at det er pasienter og pårørende som uttrykker en tydelig religiøs tilhørighet, gjerne til et etablert trossamfunn som mottar tilbud om religionsbetjening, mens personer med en mindre synlig og uttalt eller kjent tilknytning ikke får samme informasjon. Det kan gjelde særlig personer som ikke bruker synlige religiøse symboler, eller på andre måter markerer eller uttrykker sin religiøse tilknytning i møte med andre. Pasienter og pårørende uten etablert tilhørighet til bestemte religiøse eller livssynsorganisasjoner risikerer dermed å falle utenfor tilbudet.

HVORDAN ER TILBUDET OM RELIGIONSBJETJENING ORGANISERT I RESTEN AV SKANDINAVIA?

Denne artikkelen har belyst utfordringer ved organiseringen av religions- og livssynsbetjening som tilbys muslimer ved norske sykehus. I denne sammenhengen er det relevant å se nærmere på hva som skjer ellers i Skandinavia. I Danmark ble den første fengselsimam ansatt i 2002, og det finnes to til tre deltidsstillinger for fengselsimamer. Den første sykehusimam ble ansatt ved Rigshospitalet i København i 2006 (Jacobsen og Vinding 2021, 209). I tillegg har Rigshospitalet sammen med tre andre sykehus etablert et ressursteam bestående av 35 frivillige som kan tilby religionsbetjening for personer med etnisk og religiøs minoritetsbakgrunn. Sykehusimamen kan også formidle kontakt med andre imamer etter behov (NOU 2013, 176). Dette tilbudet var opprinnelig modell for samtalepartnertjenesten som ble opprettet ved OUS. Det er imidlertid usikkert hva som vil skje videre i Danmark, og den tilspissede offentlige debatten om muslimer gir grunn til å tro at det vil komme innskrenkninger snarere enn utvidelser av dagens tilbud (Jacobsen og Vinding 2021, 209).

I Sverige har Sveriges muslimske råd inngått avtale om religionsbetjening for muslimer i svenske fengsel. I sykehussektoren har Mynligheten för stöd till trossamfund (SST) bistått muslimske organisasjoner med å opprette et nettverk for muslimsk religionsbetjening, kalt *Muslimsk andlig vård inom sjukvården* (Larsson og Sorgenfrei 2021, 640). Ordningen finansieres av SST, men håndteres av muslimske organisasjoner som videreformidler kontakt med representanter fra ulike trossamfund. Dette er frivillige personer som fungerer som sykehusimamer eller sykehuskoordinatorene ved sykehus i ulike regioner. Ordningen tilsvaret bruken av frivillige samtalepartnere fra muslimske trossamfund som finnes ved flere av sykehusene i Norge, selv om dette tilbudet ikke er overordnet organisert slik det er i Sverige.

Sammenlignet med sine naboland, framstår Norges organisering og tilbud om religionsbetjening for muslimer som mindre sentralstyrt og noe mer tilfeldig. Initiativ til å opprette egne tilbud for muslimer har kommet fra de enkelte sykehusene, og har som regel vært drevet fram av sykehusprester som har opplevd et økende behov for en mer pluralistisk religions- og livssynsbetjening. I Norge finnes det per i dag verken organiserte initiativ på tvers av sykehusene eller av muslimske trossamfund, slik det gjør i våre naboland.

EN PRESTETJENESTE I ENDRING

Gjennomgangen av tilbudet om religions- og livssynsbetjeningen for muslimer ved de fem ulike sykehusene i Norge viser at det er store endringer på gang. De siste årene har tilbudet gått fra å være en homogent organisert prestetjeneste basert på og rettet mot medlemmer av Den norske kirke, mot heterogent organiserte tilbud. Heterogeniseringen innebærer på den ene siden at tilbudet vektlegger samtale tjenester om livssyn og etikk i økende grad, og på den andre at tilbudet rommer stadig flere ulike religioner og livssynsretninger. Selv om denne utviklingen er i tråd med prinsippet om likebehandling; at staten aspirerer om å tilby alle pasienter og pårørende samme grad av støtte til sin tros- og livssynsutøvelse, reiser den samtidig spørsmål om hvordan et likeverdig tilbud skal se ut og hvordan det kan organiseres.

I denne artikkelen har jeg konsentrert meg om problemstillinger som er sentrale for organiseringen av et helhetlig og pluralistisk religionsbetjeningstilbud for norske muslimer. Religionsbetjeningen er organisert på ulike måter: sykehusimam ved Haukeland, muslimsk samtalepartner ved OUS, og muslimsk kulturkonsulent ved St. Olavs hospital. Ved SUS og UNN baseres tilbudet på at frivillige representanter fra muslimske trossamfunn kan tilkalles ved behov. Dette er også ordninger som finnes ved de andre sykehusene. En gjennomgående utfordring når det gjelder religionsbetjeningen for muslimer, er å kunne tilby tjenester som representerer og inkluderer mangfoldet i den norske muslimske befolkning. Aktuelle spørsmål er i hvilken grad det religiøse mangfoldet blant muslimer ivaretas, og om det foregår en privilegering av bestemte teologiske tolkninger, retninger, praksiser eller organisasjoner. Dette er utfordringer som viser seg i betjeningen som tilbys av fast ansatte, så vel som av frivillige representanter. En interessant utvikling de siste årene er at alternative stillingstitler som muslimsk samtalepartner og kulturkonsulent har kommet på banen. Dette har også ringvirkninger for hva slags formell kompetanse, organisasjonstilhørighet og personlige egenskaper som kreves i stillingene. Ved å utvide kompetansegrunnlaget i stillingene og forståelsen av hva organisasjonstilhørighet kan bety, vil denne endringen kunne føre til at religionsbetjeningen kan favne bredere enn før.

Et sentralt funn i denne studien tyder også på at det ikke bare er behov for et tilbud som gjenspeiler mangfoldet av religioner, men også et mangfold *innad* i religionene slik de kommer til uttrykk i den norske befolkningen. For personer med muslimsk bakgrunn kan det være relevant å tilby tjenester som er tilpasset minoritetsretninger innenfor i islam, men også tilbud som tar høyde for variasjoner som viser seg på bakgrunn av religionstilhørighet, grad av religiøsitet, landbakgrunn, etnisitet, kjønn, migrasjonserfaring og lignende. Religionsbetjeningen ved sykehusene innebærer dessuten en rekke praktiske og administrative utfordringer som i særlig grad knyttes opp til håndteringen av religions- og livssynsminoriteter ved sykehusene. Tillit til de som tilbyr tjenestene, men også synlighet og kjennskap til tilbudet ved sykehusene

er avgjørende for at det skal kunne nå ut til flest mulig. Slike utfordringer krever at tilbudet blir utvidet og definert som satsningsområde ved de enkelte sykehusene, og kanskje at det også opprettes initiativ som går på tvers av sykehusene.

Som det fremgår av denne artikkelen finnes det foreløpig begrenset forskning på religions- og livssynsbetjening som tilbys ved norske offentlige institusjoner. I videreutviklingen av et heterogent tilbud vil det derfor være behov for videre kartlegging, blant annet av hva slags tjenester som etterspørres av brukerne og da særlig om det er tilbudet om samtalepraksis eller om det er i utførelsen av rituelle oppgaver behovet ligger. Slike oppgaver krever gjerne ulik kompetanse og erfaring, og vil dermed ha konsekvenser for hva slags organisering, roller og stillingstitler tilbudet skal innebære. Det er også behov for forskning på hva slags konsekvenser utviklingen av muslimsk religionsbetjening innebærer for islamsk autoritet og kunnskapsproduksjon i norsk sammenheng. Dette er tema som vil være avgjørende for videreutviklingen av offentlige institusjoners tilbud til den voksende muslimske befolkningen, og som vil ha konsekvenser for framtidig representasjon og ivaretagelse av internt muslimsk mangfold i norsk offentlig sammenheng.

LITTERATUR

- Al-Obaide, Thee-Yezen, Gyrid Gunnes og Amina Sijecic Selimović. 2021. «Gi muslimske pasienter den best kvalifiserte samtalepartnere!»». *Aftenposten*, 18. januar 2021. https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/M3PRp5/gi-muslimske-pasienter-den-best-kvalifisertesamtalepartnere?fbclid=IwAR2RAzV8dXXJq9lq3zYc-IEZo2gsAkihSexu_qjeG0dq1iSBmB-6UIb8-4ko
- Austad, Anne, Lisbet Borge, Torborg A. Leenderts, Hans Stifoss-Hansen og Magdalene Thomassen (red.). 2020. *Lidelse, mening og livssyn: teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Brandvold, Åse. 2021. «Null ble innkalt». *Klassekampen*, 9. mars 2021. <https://klassekampen.no/utgave/2021-03-09/null-ble-innkalt>

- Brekke, Torkel, Kühle, Lene, Göran Larsson, Martikainen, Tuomas. 2019. «Mosques, Muslims, Methods: the Role of Mosques in Research about Muslims in Europe». *Journal of Muslims in Europe*, vol. 8:2, s. 216-233. DOI: <https://doi.org/10.1163/22117954-12341394>.
- Bråten, Beret. 2019. «Døden, et kirkelig anliggende?», i *Alt som lever må dø. Døden som tverrfaglig forskningsfelt*, redigert av Thoresen Lisbeth og Birgitta Haga Gripsrud, s. 55-83. Oslo: Scandinavian Academic Press.
- Bøe, Marianne og Ingvild Flaskerud. 2017. «A Minority in the Making: The Shia Muslim Community in Norway». *Journal of Muslims in Europe*, 6:2, s. 179-197. DOI: <https://doi.org/10.1163/22117954-12341347>
- Bøe, Marianne. 2018. *Annotated Legal Documents on Islam in Europe: Norway*. Leiden: Brill.
- Bøe, Marianne Hafnor. 2021. «Norway», i *Yearbook of Muslims in Europe vol. 13*, redigert av Egdūnas Račius og Stephanie Müssig, 489-508. Leiden: Brill.
- Bøe, Marianne Hafnor. 2022. «Hvem kan stå foran? Religionsmangfold og diskusjoner om kjønnslikestilling blant norske muslimer», i *Kultur møter og interkulturell kommunikasjon*, redigert av Knut-Willy Sæther, Hildegunn Valen Kleive og Jonas Gamborg Lillebø, s. 83-108. Kristiansand: Cappelen Damm Akademisk.
- Døving, Cora Alexa. 2012. «Pressens mørkemenn/troen tjenere – posisjon og selvforståelse blant sunni-muslimske imamer», i *Religiøse ledere: Makt og avmakt i norske trossamfunn*, redigert av Cora Alexa Døving og Berit Thorbjørnsrud, s. 26-46. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gilliat-Ray, Sophie, Mansur Ali og Stephen Pattison. 2013. *Understanding Muslim Chaplaincy*. Farnham: Ashgate.
- Grasaas, Kari Krüger. 1997. «'De kunne i hvert fall spørre....' – om sykepleie og åndelige behov». *Nordic Journal of Nursing Research*, 17:4, s. 32-35. DOI: <https://doi.org/10.1177/010740839701700408>
- Grung Anne-Hege og Beret Bråten. 2019. «Chaplaincy and religious plurality in the Norwegian context». *Tidsskrift for praktisk teologi*, 2:2019, s. 71-80. DOI: <https://doi.org/10.48626/tpt.v36i2.5356>

- HEF. 2018. «Konferansen Chaplaincy på norsk». *Humanetisk Forbund*, februar 2018. Url: <https://human.no/globalassets/chaplaincy-2018-program.pdf>
- Jacobsen, Brian Arly og Niles V. Vinding. 2021. «Denmark», i *Yearbook of Muslims in Europe vol. 13*, redigert av Egdūnas Račius og Stephanie Müssig, s. 199-216. Leiden: Brill.
- Karrierestart. 2020. «Muslimsk kulturkonsulent, Prestetjenesten, St. Olavs hospital». *Karrierestart.no*, 2020. <https://karrierestart.no/ledig-stilling/1603667>
- Karrierestart. 2021. Muslimsk samtalepartner og veileder, OUS. *Karrierestart.no*, 2021. <https://karrierestart.no/ledig-stilling/1653239>
- Larsson, Goran og Simon Sorgenfrei. 2021. «Sweden», i *Yearbook of Muslims in Europe vol. 13*, redigert av Egdūnas Račius og Stephanie Müssig, s. 630-642. Leiden: Brill.
- Marvik, Jo Arne Hansen. 2021. «Ønskjer uavhengig samtalepartner». *Vårt Land*, 21. januar 2021. <https://www.vl.no/religion/2021/01/22/reagerer-pa-sjuehus-krav-onskjer-uavhengig-muslimsk-samtalepartner/>
- Meld. St. 24. «Lindrende behandling og omsorg». *Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet*, 2019-2020. <https://www.regjeringen.no/contentassets/52d05db7090c411abc7a3f4d47124119/no/pdfs/stm201920200024000dddpdfs.pdf>
- NOU. 2013. «Det livssyns åpne samfunn – en helhetlig tros- og livssyns politikk». *Kulturdepartementet* 7. januar 2013. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2013-1/id7111212/>
- OUS. 2021a. «Åndelige og eksistensielle behov hos pasienter og pårørende». *Oslo universitetssykehus*. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/134012#23>
- OUS. 2021b. «Samtalepartner om ro og livssyn». *Oslo universitetssykehus*. Url: <https://oslo-universitetssykehus.no/likeverd-og-mangfold/samtalepartner-om-tro-og-livssyn>
- Jacobsen, Brian Arly, Göran Larsson og Simon Sorgenfrei. 2015. «The Ahmadiyya Mission to the Nordic Countries», i *Handbook of Nordic New Religions*, redigert av Inga Bårdsen Tøllefsen, Inga og James R. Lewis, s. 359-373. Leiden: Brill.

- Plesner, Ingvild Thorson. 2016. *Religionspolitikk*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Plesner, Ingvild Thorson og Cora Alexa Døving (red.). 2009. «Livsfaseriter – religions- og livssynspolitiske utfordringer i Norge». *Samarbeidsrådet for tros- og livssynsamfunn*. <https://www.hlsenteret.no/aktuelt/publikasjoner/livsfaseriter.html>
- Selimović, Amina Sijecic. 2020. «Kan sykehusimamen bli en kvinne?». *Vårt Land*, 5. november 2020. <https://www.vl.no/meninger/verdi-debatt/2020/10/05/kan-sykehusimamen-bli-en-kvinne/>
- Snøfugl, Elling Finnanger. 2021. «Det viktigste er at avdelingen bruker meg». *St. Olavs Hospital*, 3. februar 2021. <https://stolav.no/nyheter/2021/-det-viktigste-er-at-avdelingene-bruker-meg>
- SSB. 2022. «Fakta om religion». *Statistisk Sentralbyrå*, 24. februar 2022. <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/faktaside/religion>
- STL. 2017. «Chaplaincy på norsk – om tros- og livssynstjenester i fremtidens Norge». *Tro og livssyn*, 2016. <https://www.trooglivssyn.no/wp-content/uploads/2018/02/Chaplaincy-konferansenotat-2016.pdf>
- Thurfjell, David og Willander, Erika. 2021. «Muslims by Ascription: On Post-Lutheran Secularity and Muslim Immigrants». *Numen* 68, s. 307-335. DOI: <https://doi.org/10.1163/15685276-12341626>
- Vinding, Niels Valdemar. 2018. «Churchification of Islam in Europe», i *Exploring the Multitude of Muslims in Europe: Essays in Honour of Jørgen S. Nielsen*, redigert av Niels Valdemar Vinding, Egdūnas Račius og Jörn Thielmann, s. 50-66. Leiden: Brill.
- Vinding, Niels Valdemar. 2018. «Towards a Typology of imams of the west», i *Imams in Western Europe: Developments, transformations and institutional challenges*, redigert av Mohammed Hashas, Jan Jaa de Ruiten og Niels V. Vinding, s. 231-254. Amsterdam: Amsterdam University Press. <https://doi.org/10.5117/9789462983830/ch12>
- Vogt, Kari. 2012. «‘Ikke prester, men lærde’: Shia-muslimske ledere i Norge», i *Religiøse ledere: Makt og avmakt i norske trossamfunn*, redigert av Cora Alexa Døving og Berit Thorbjørnsrud, s. 47-66. Oslo: Universitetsforlaget.

Vårt Land. 2021. «Åpne samtalepartnere - for alle». *Vårt Land*, 22. januar 2021. <https://www.vl.no/meninger/leder/2021/01/22/apne-samtalepartnere-for-alle/>

ABSTRACT

Chaplaincy in Norway is changing. Although the Church of Norway still bears a main responsibility, there have been initiatives to introduce a more comprehensive and pluralistic chaplaincy service in recent years. This article examines the changes taking place in the organisation and ideas on Muslim chaplaincy in Norwegian hospitals. It builds on interviews and documentation collected from five of the largest hospitals in Norway and presents an overview of the chaplaincy services offered to patients of Muslim background and their relatives. Moreover, the article discusses the current situation considering issues of representation and religious diversity found in the Norwegian Muslim public. Providing equal health services to all, is an overarching objective for Norwegian public healthcare. Primarily, the article inquires what kind of representatives and positions are involved in the chaplaincy services provided at the different hospitals, which qualifications are required, and what kind of links exist with Muslim organisations and communities. Although there are signs of a more heterogenous approach, a key finding in this study is nonetheless that much remains until the goal of offering a comprehensive and pluralistic Muslim chaplaincy is fulfilled.

Keywords: Chaplaincy, hospital imam, Norwegian hospitals, internal Muslim diversity, representation.