

Kapittel 2

Døden, et kirkelig anliggende?

Beret Bråten

En gang, bare noen få tiår tilbake i tid, var nær samtlige nordmenn omfattet av Den norske kirke gjennom hele livet, fra fødsel til død. Dåp, konfirmasjon, bryllup og begravelser, alt gikk i kirkens regi. Dette er i endring. Det skyldes innvandring og med det en mer religiøst plural befolkning, men også at en økende andel av majoritetsbefolkningen ikke lenger er en del av Den norske kirke. De melder overgang til andre tros- og livssynsgrupper, eller de plasserer seg i gruppen som på engelsk beskrives som *nones*, det vil si at de ikke er tilknyttet noen tro eller noe livssyn. Andelen som er medlemmer eller tilhørende¹ Den norske kirke var 70,6 prosent ved utgangen av 2017.² Dette er fortsatt en høy andel, kun tre av ti er ikke tilknyttet kirken. Men undersøkelser som er utført gjennom de siste tiårene, viser at det er en høyere andel enn før som ikke tror på Gud, og som ikke tror på et liv etter døden (Botvar, 2010). Det religiøse og åndelige har gått fra å være en gitt og opplagt del av livet til å bli en mulighet – et valg (jf. Taylor, 2007).

Folk vender seg heller ikke lenger automatisk til kirken når viktige livshendelser skal markeres. De velger andre alternativer enn de kirkelige overgangsritualene: ved bryllup – kun i overkant av 30 prosent av vigslene foregår i kirken.³ Når et barn blir født – 53,6 prosent av dem som fødes, døpes i regi av kirken. Og når barnet når puberteten – 57,9 prosent av 15-åringene konfirmeres i kirken. Det finnes imidlertid ett unntak når det gjelder overganger i livet, nemlig døden: 88,2 prosent av gravferdene går fortsatt i kirkens regi.⁴ Kirken vedblir altså å være et sted å samles ved død og sorg. Hvorfor har kirken fortsatt en dominerende posisjon blant folk ved livets slutt?

Dette er et spørsmål som kan undersøkes og drøftes institusjonelt: Hva slags tilbud gir den norske velferdsstaten når døden melder seg, og hvilke aktører er involvert? Det kan også drøftes som et spørsmål om behov for ritualer i krevende situasjoner, slik for eksempel Lars Johan Danbolt og Hans Stifoss-Hansen (2007) gjør når de undersøker minnegudstjenester ved ulykker og katastrofer. Og det kan drøftes som et spørsmål om folks tro, tvil og eksistensielle funderinger i møte med døden, slik danske Hanne Bess Boelsbjerg (2017) har gjort når hun undersøker hva tro kan bety for henholdsvis kristne og muslimske kreftpasienter.

Jeg skal her forfølge den institusjonelle tilnærmingen ved å undersøke og drøfte hvordan norske sykehus er organisert for å møte tros- og livssynsbehov når døden nærmer seg, hva som er Den norske kirkes og andre tros- og livssyns plass i sykehusene, og hvorfor dette er som det er.

Omsorg i siste fase av livet

Sykehus er institusjoner for håp og glede: Her blir du født, her behandles du ved alvorlig sykdom, gis omsorg og gjøres frisk. Men sykehus er også institusjoner for smerte, sorg og død. 30 prosent av dem som dør i løpet av et år, gjør det på et sykehus

(Folkehelseinstituttet, [2018] 2019). Noen som en følge av ulykker eller akutt sykdom, andre som en følge av langvarig sykdom som ikke kunne kureres. Jeg arbeider med et forskningsprosjekt om hvilke utfordringer som oppstår i møte mellom det norske helsevesenets tilbud om omsorg i siste fase av livet og en befolkning som i økende grad er kulturelt og sosialt mangfoldig. Tro og livssyn meldte seg raskt som et svært aktuelt tema i denne sammenhengen, siden åndelige og eksistensielle behov antas å aktualiseres i livets siste fase. Palliasjon handler om hvordan man på best mulig måte kan ivareta pasienter som har en sykdom de kommer til å dø av. Et offentlig utvalg la i 2017 fram en utredning om palliasjon til alvorlig syke og døende (NOU 2017: 16). Her vises det innledningsvis til hvordan Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliasjon, og det understrekes:

Det spesielle med palliasjon er at tilnærmingen som ligger til grunn for behandlingen og omsorgen er rettet mot den alvorlig syke og døende pasienten og hans/hennes reaksjoner på sykdom: fysisk, psykisk, sosialt og åndelig/eksistensielt (NOU 2017: 16, s. 9–10).

Spesialisert behandling og omsorg i siste del av livet skal altså omfatte lindring av fysisk og psykisk smerte, ivareta sosiale behov, men også møte åndelige og eksistensielle behov hos pasienten og hans eller hennes nærmeste. Mens den biomedisinske tilnærmingen vil forstå sykdommen og mennesket som har den, primært ut fra naturvitenskapelige sammenhenger, handler det eksistensielle om forståelse basert på en annen tilnærming (Boelsbjerg, 2013). Det eksistensielle er knyttet til de grunnleggende prinsippene et menneske har med seg, til spørsmål om sammenheng og mening i livet, og til hvordan disse spørsmålene aktualiseres i relasjoner vi er en del av: til oss selv, de nærmeste, storsamfunnet, naturen og eventuelt det som ligger utenfor den verden vi kan sanse. Eksistensielle spørsmål og dialog kan

omfatte tro og en åndelig dimensjon, men behøver ikke gjøre det (Saunders, [1988] 2006). Åndelig og eksistensiell omsorg handler om å møte den enkelte i slike spørsmål. Dette gjøres gjennom ritualer og bønn, men først og fremst gjennom samtaler. Det er en praksis som er basert på en religionspsykologisk tilnærming til hva religiøsitet og livssyn kan bety for folk i krise (jf. Berthelsen og Stifoss-Hansen, 2014, s. 383), men også en filosofisk tilnærming – med vekt på dialog om verdier og ståsteder i møte med livsutfordringer (jf. Walderhaug, 2018; Schuhmann, 2015).

Åndelig og eksistensiell omsorg som foregår i institusjoner, beskrives på engelsk med begrep som *spiritual care* og *chaplaincy*. Dette er begrep som stammer fra kristne tradisjoner, men som i økende grad også assosieres med andre trostradisjoner – som islam (Gilliat Ray m.fl., 2013, s. 5). Direkte oversatt til norsk er en *chaplain* en prest, kapellan eller sjelesørger. I norsk og nordisk kristen tradisjon brukes da også begrepet *sjelesorg*, som kommer fra det tyske *Seelsorge*, og som kan bety å utføre omsorg for sjelen ved å forkynne Guds ord (Boelsbjerg, 2013, s. 68). Sjelesorg er som begrep ikke på samme vis som *chaplaincy* i bruk på tvers av trosretninger, derfor bruker jeg i det følgende åndelig og eksistensiell omsorg. Så hvordan er dette tilbudet institusjonalisert i dagens norske sykehus i møte med en livssynsmangfoldig gruppe pasienter – og hvorfor er det som det er?

La oss først kort se på bakgrunnen for at det gis spesialiserte tilbud til pasienter i siste fase av livet. Palliasjon formaliserer et i historisk sammenheng tidlig mål for medisinsk vitenskap: lindring. Helt fram til andre verdenskrig handlet medisinen som sådan primært om lindring. Den hadde, ut over kirurgiske inngrep, lite kurativt å tilby. Alvorlig sykdom betydde som regel død (Kaasa og Loge, 2016). Tuberkulose, en sykdom som gjerne angriper lungene, medførte for eksempel at en kvart million nordmenn døde i perioden 1895–1955 (Holmen, 2008, s. 115). I dag har man her til lands kontroll på denne sykdommen

gjennom forebygging og behandling, noe som er ett eksempel – i historisk sammenheng – på nye medisinske muligheter. Andre eksempler er penicillin, som har gjort det mulig å behandle bakterielle infeksjoner, vaksiner som forebygger sykdommer, og insulin i behandling av diabetes. Transplantasjonskirurgi har gjort det mulig å erstatte vitale organer, og kreft er blitt mulig å oppdage tidlig og kurere. Her til lands er slike innsikter og muligheter gjort tilgjengelige for de aller fleste gjennom et offentlig organisert og finansiert helsevesen. Og folks forventninger til medisinen, til legevitenskapen og helsetjenestene har økt i takt med nye kurative metoder (Holmen, 2008), i en slik grad at det snakkes om medikalisering. Det vil si at stadig flere av våre problemer blir forklart gjennom biomedisinske årsaksforhold og søkt behandlet i helsevesenet (Bondevik m.fl., 2017). Medisinens nedslagsfelt har i løpet av det siste hundreåret endret seg grunnleggende – fra å lindre til å kurere. Noe som, argumenteres det, har gjort at medisinen i den vestlige verden har tendert mot å vende seg bort fra pasienter det *ikke* er mulig å kurere. De betraktes som et nederlag (du Boulay og Rankin, 2007, s. 53).

Denne tendensen ble utfordret gjennom 1960- og 70-årene av hospice-bevegelsen og av palliasjon som et nytt medisinsk fagfelt (Strømskag, 2012; Kaasa og Loge, 2016; Rønsen og Jakobsen, 2016). Begrepet 'hospice' betyr et sted å hvile for de reisende. I overgangen mellom 1800- og 1900-tallet ble det i land som England, Irland og Frankrike etablert hospicer for fattige, syke og døende, basert på kristen veldedighet (Strømskag, 2012) – en tradisjon som i løpet av 1960-tallet ble gitt nytt innhold og form. I 1967 etablerte sykepleieren, sosialarbeideren og legen Cicely Saunders St.Christopher's Hospice utenfor London. Dette er en religiøs og medisinsk stiftelse med mål om å ivareta pasienter med uhelbredelig sykdom og deres pårørende, basert på en tverrfaglig tilnærming til lindrende behandling. Saunders la vekt på sammenhengen mellom fysisk og mental lidelse, og

anerkjente også eksistensielle og åndelige funderinger og smerte. Hun beskrev situasjonen til mennesker med alvorlig sykdom og i siste fase av livet som en tilstand av *total pain* (Clark, 2016, s. 131). Å møte og lindre en slik altomfattende smerte måtte være en samarbeidende oppgave for ulike profesjoner, mente Saunders. Både sykepleiere, leger, prester, fysioterapeuter og ernæringsfysiologer/kokker kunne spille en viktig rolle (du Boulay og Rankin, 2007, s. 106). Den engelske sosiologen David Clark beskriver denne tverrfaglige tilnærmingen slik: «it was tied to a sense of narrative and biography, emphasizing the importance of listening to the patient's story and of understanding the experience of suffering in a multifaceted way» (Clark, 2016, s. 131).

Hospicefilosofien førte til opprettelse av egne institusjoner for alvorlig syke og døende i både England, USA, Canada, Italia og Danmark – men i liten grad i Norge (Rønsen og Jakobsen, 2016). I det norske helsevesenet har palliativ omsorg (*palliative care*), introdusert av den canadiske kirurgen Balfour Mount tidlig på 1970-tallet, vært mer framtrædende. Han var inspirert av Saunders og virksomheten på St. Christophers, men han argumenterte samtidig for at palliativ omsorg måtte være en integrert del av sykehus og helsetjenester for øvrig (Kaasa og Loge, 2016), altså ikke gis i egne hospicer. Denne tankegangen er lagt til grunn i utviklingen av tilbudet her til lands. Den første norske offentlige utredningen om omsorg ved livets slutt ble presentert i 1984 (NOU 1984: 30), den andre i 1999 (NOU 1999: 2), og den tredje, som nevnt innledningsvis, i 2017. Anbefalingen i 1984 var å etablere en avdeling for lindrende behandling ved hvert av datidens fem regionssykehus (NOU 1984: 30, s. 58). De to første slike enhetene ble startet opp om lag ti år seinere, en palliativ enhet ved kreftklinikken ved Regionssykehuset i Trondheim og et hospice, men da som en del av Lovisenberg diakonale sykehus i Oslo (Strømskag, 2002). Disse to enhetene er senere fulgt av palliative enheter og team ved andre norske sykehus, et tilbud

som primært, dog ikke utelukkende, er rettet mot kreftpasienter (Melby m.fl., 2017). I norsk sammenheng er altså ambisjonen å ivareta pasienter og pårørendes altomfattende behov innenfor rammene av ordinære sykehus og lokale omsorgstilbud.

Den åndelige og eksistensielle delen av tilbudet er noe alt helsepersonell, og da særlig sykepleiere som har mye kontakt med pasienter og pårørende, forventes å kunne forholde seg til (se for eksempel Thornøe, 1996; Thoresen, 2008). Sykepleiere, leger og andre helsearbeidere kan kategoriseres som en type *generalister* i åndelig og eksistensiell omsorg. Men så finnes det også *spesialister* på dette feltet (Liefbroer, Ganzevoort og Olsman, 2019). I den siste offentlige utredningen om palliasjon vises det til hva slags spesialister man mener er viktige som en del av dette tilbudet: lege, sykepleier, fysioterapeut, psykolog/psykiater, prest, sosionom, klinisk ernæringsfysiolog og ergoterapeut (NOU 2017: 16, s. 109). Prest er altså spesialisten det henvises til innenfor det åndelige og eksistensielle. I sykehus refererer prest til sykehusprest. Sykehusprester er ordinerte prester i Den norske kirke, men de skal også ha tilleggsutdanning i form av såkalt pastoral-klinisk kompetanse (Berthelsen og Stifoss-Hansen, 2014, s. 383).

Sykehuspresten

Sykehuspresten som institusjon og en del av helseforetakene lar seg vanskelig forstå uavhengig av statskirkeordningen. Grunnloven av 1814 nedfelte den evangelisk-lutherske religion som «Statens offentlige Religion» (Leirvik, 2007, s. 11). Kirkelige autoriteter har imidlertid en atskillig lengre historie i norske sykehus. De første institusjonene som ble omtalt som hospitaler, ble lokalt opprettet og drevet fra 1200-tallet, med lindring av sykdom og fattigdom som formål. Den katolske kirken var sentral i dette, forsterket av at også kloster drev slik virksomhet (Schjøtz, 2019). Etter reformasjonen (1536) smeltet verdslige og

kirkelige byråkratier sammen, kloster og hospitaler ble stengt, og eiendommer forfalt (Schiøtz, 2019). Ambisjonen var å ivareta de fattige, men myndighetene maktet ikke å følge opp. Filantropiske foreninger, diakonisser, kvinner som var knyttet til kirkesamfunn og misjon samt bedrestilte velgjørere og verdslige organisasjoner etablerte igjen lokale institusjoner. Historikeren Aina Schiøtz (2017) bruker begrepet *velferdslokalisme* for å beskrive hvordan norsk helsevesen, helt fram til moderne tid, er initiert lokalt – av kirken og andre religiøse organisasjoner foruten lokale myndigheter og velgjørere. At disse institusjonene hadde lindring og pleie som primæroppgaver, og at de i liten grad var i stand til å kurere alvorlig syke pasienter, gjorde prest og andre geistliges rolle viktig. Den første norske helseinstitusjonen med et eksplisitt mål om å kurere sine pasienter ble etablert først i 1826 som et nasjonalt tilbud (Rigshospitalet i Christiania), rett i etterkant av etableringen av Det medisinske fakultet i 1814 (Schiøtz, 2017).

Sykehusprester var nærværende også i kurerende sykehus: først som ansatte og lønnet av sykehuset eller med sykehusarbeidet som et tillegg til arbeidet i sitt kirkesogn, fra 1950-tallet – med etableringen av en geistlig lønnslov – lønnet av staten og i mange sammenhenger også som statsansatte gjennom det departementet som til enhver tid hadde ansvaret for Den norske kirke. Dagens sykehusprester er ansatt og lønnet av institusjonen de jobber i – det være seg i et regionalt helseforetak eller i et privat sykehus. De har den nærmeste biskopen som tilsynsmyndighet. Dermed er sykehusprestene en integrert del av det offentlige helsevesenet, selv om den evangelisk-lutherske religionen ikke lenger er statens offentlige religion. Grunnloven ble endret på dette punktet i 2012, og etter at også kirkeloven ble endret, har Den norske kirke siden 1. januar 2017 vært et eget rettssubjekt skilt fra staten. Den norske kirke har likevel en grunnlovsfestet status som folkekirke,³ og i offentlige institusjoner har kirken fortsatt hovedansvaret for såkalt religiøs betjening. Offentlige

institusjoner er i denne sammenhengen sykehusene, men også Forsvaret og fengsler samt enkelte andre deler av velferdsstaten (Plesner og Døving, 2009; NOU 2013: 1; Kühle m.fl., 2018). Religiøs betjening anses som særlig viktig i døgninstitusjoner der mennesker av ulike årsaker er nødt til å oppholde seg over tid, men også – påpekes det i NOU 2013: 1 – som en del av den offentlige kriseberedskapen. Det er for eksempel vanlig praksis at den lokale presten går med dødsbudskap til familier ved brå dødsfall.

Som beskrevet innledningsvis er det endringer på gang i det norske tros- og livssynslandskapet. Dette har også gitt endringer hva åndelig og eksistensiell omsorg angår. I Forsvaret er det nå i tillegg til feltprestene ansatt en feltimam, en feltlivssynshumanist og en ortodoks prest. Disse inngår alle i Forsvarets tros- og livssynskorps,⁶ som er den nye tittelen på det tidligere Feltprest-korpset. Det skjer også endringer i helseforetakene, men dette skjer mer sakte og nølende. En god illustrasjon er den siste offentlige utredningen om palliasjon til alvorlig syke og døende (NOU 2017: 16). Her er det åndelige og eksistensielle nevnt, men gitt en svært lite framtrædende plass. Det slås som nevnt fast at prest bør inngå i tverrfaglige palliative team, i tillegg nevnes ivaretagelse av andre religiøse behov, så vidt. Dette gjøres slik:

Aktuelt tilleggspersonell som utøver alternative, ikke-medisinske behandlingsmetoder kan være tilgjengelig i et helhetlig behandlingsopplegg dersom pasienten ønsker dette, som for eksempel akupunktur, musikkterapi, terapeutisk berøring/massasje osv. Det bør også legges til rette for å kunne imøtekomme at også pasienter fra ulike religiøse grupper kan få ivaretatt sine behov (NOU 2017: 16, s. 109).

Representanter for «andre religiøse grupper» behandles altså, når framtidens tilbud til alvorlig syke og døende utredes, som tilleggspersonell, som det bør, ikke må, legges til rette for. Dette

knyttes igjen til pasientens behov, uten at det spesifiseres hvordan et slikt behov defineres eller registreres. Ikke-religiøse pasienter og deres eksistensielle behov nevnes overhodet ikke. Til sammenligning mente et flertall i utvalget som utredet en offentlig tros- og livssynspolitikk (NOU 2013: 1) at det i offentlige institusjoner burde legges til rette for alle borgeres tros- og livssynspraksis basert på et likebehandlingsprinsipp – helt konkret for sykehusenes vedkommende ved at «den religiøse og livssynsmessige tjenesten ved sykehusene endres, slik at den bedre tar hensyn til annen tro og annet livssyn», noe som kan skje ved rekruttering av medarbeidere fra «et bredere miljø» (NOU 2013: 1, s. 177). Hensynet til at pasienter og pårørende er mangfoldige i tro og livssyn, tillegges med andre ord betydelig vekt når politikk for tro og livssyn utredes, mens dette knapt vies oppmerksomhet i utredning av behandlingstilbudet til alvorlig syke og døende. Hvordan er så situasjonen i praksis i norske helseforetak?

Organisering av tilbud om åndelig og eksistensiell omsorg i sykehusene

Spesialisthelsetjenesten var fra sykehusloven trådte i kraft i 1970, eid og drevet av fylkeskommunene med statlige overføringer. Fra 2002 ble spesialisthelsetjenesten omorganisert til statlige helseforetak (Romøren, 2018). Det finnes fire statlige helseforetak, som når det gjelder sykehus, omfatter 20 regionale helseforetak – de fleste av dem bestående av flere enkeltsykehus. Helse- og omsorgsdepartementet foretok i februar 2017, på oppdrag for Kulturdepartementet, en spørreundersøkelse blant de regionale helseforetakene om hvordan de tilrettela for tro og livssyn i sykehusene. Spørsmålene helseforetakene ble stilt, gir samtidig et bilde av hvordan tro aktualiseres i sykehus, institusjoner som gjerne betraktes som sekulære, da i betydningen ikke-religiøse.

Helseforetakene ble spurt om deres sykehus har lokaler som er tilrettelagt for bønn og/eller annen livssynsutøvelse, om det serveres mat som ivaretar religiøse påbud, om det er gjort tilpasninger i ansattes uniformer, om det finnes religiøse eller livssynsbaserte samtale- og/eller veiledningstilbud ved sykehuset, og hvordan sykehuset ivaretar behov for samtaler og veiledning.

Jeg har fått tilgang til svarene fra undersøkelsen.⁷ Samtlige 20 regionale helseforetak oppgir at de har en prestetjeneste, men det varierer hvor omfattende tilbudet er: fra under ett årsverk til ti. Det er heller ikke alle enkeltsykehus som omfattes av sitt helseforetaks tilbud om sykehusprest.

De aller fleste som er ansatt i helseforetakenes prestetjenester, er ordinert som prester i Den norske kirke, alternativt som diakoner. Men det finnes to unntak der prestetjenester har ansatte med en annen trobakgrunn, og der disse også driver åndelig og eksistensiell omsorg ovenfor pasienter og pårørende. I Helse Bergen, med Haukeland universitetssjukehus, er det fra 2018 ansatt en sykehusimam i 20 prosent stilling i prestetjenesten, dessuten har de siden 2015 hatt en kulturrådgiver som er buddhist, i 50 prosent stilling. På St. Olavs hospital i Trondheim har det siden 2010 vært ansatt en muslimsk kulturkonsulent i 30 prosent stilling,⁸ i det som på dette sykehuset nå heter preste- og samtale-tjenesten. De hadde også, i perioden 2015–2018, ansatt en sykehushumanist i full stilling. Et engasjement som ble finansiert med lønnsmidler som var ledige fordi en av sykehusprestene hadde permisjon. Sykehushumanisten gikk i dagvakt og var i en periode også del av preste- og samtale-tjenestens døgnbaserte beredskapsvakt. Da sykehuspresten i permisjon kom tilbake, var det ikke økonomi til å videreføre sykehushumanistens engasjement. Men ledelsen ved sykehuset har nylig vedtatt at preste- og samtale-tjenesten skal være livssynsmangfoldig og jobbe for livssynsåpenhet og likeverd ved sykehuset, dessuten arbeides det for å opprette en 100 prosent stilling som sykehushumanist.⁹

I tillegg bør det nevnes at det i et tredje helseforetak, Stavanger universitetssykehus, er ansatt en kultur- og livssynsrådgiver i seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn. Vedkommende underviser og veileder det øvrige sykehuspersonalet i spørsmål som angår kultur og religion, og er tolkekoordinator. Hun arbeider ikke direkte med pasienter/pårørende, og skiller seg slik sett fra kulturellrådgiveren på Haukeland og kulturkonsulenten på St. Olav, som også er tilgjengelige for samtaler med pasienter/pårørende.

I et fjerde helseforetak, Oslo universitetssykehus (OUS), har det siden 2011 vært etablert en gruppe frivillige samtalepartnere med forskjellig tro/livssyn. Disse har opplæring i åndelig og eksistensiell samtalepraksis/veiledning fra Teologisk fakultet ved Universitetet i Oslo. De er ikke ansatt ved sykehuset, men de har forpliktet seg til å kunne tilkalles og får et mindre honorar per konsultasjon. Tilkalling har i flere år skjedd gjennom seksjon for likeverdige helsetjenester ved OUS, ikke gjennom prestetjenesten i helseforetaket, men fra mars 2019 har prestetjenesten ved OUS tatt over ansvaret for den døgkontinuerlige kontakten med samtalepartnere. De kan benyttes av sykehusene som er en del av Oslo universitetssykehus, og de lånes ut til andre sykehus og sykehjem i området. I Oslo-området har også Den katolske kirke ansatt en sykehusprest som kan tilkalles til sykehusene.

Hvordan løser så de øvrige helseforetakene behovet for åndelig og eksistensiell omsorg overfor pasienter og pårørende som ikke er del av Den norske kirke? Det skjer ved at prestetjenestene eller ansatte på avdelingene, ved behov, kontakter representanter for lokale tros- og livssynssamfunn. Helseforetakene synes i ulik grad å ha formalisert slik kontakt. Og mens det er krav om spesifikk kompetanse til sykehusets ansatte spesialister på åndelig og eksistensiell omsorg, stilles det i hovedsak ingen kompetansekrav til dem som tilkalles på frivillig basis utenfra. Med unntak av OUS er det heller ingen sykehus som oppgir at de honorerer dem som tilkalles.

Vi ser altså ansatser til endring ved at det i enkelte helseforetak

er ansatte i prestetjenestene som ikke tilhører Den norske kirke. Hovedbildet er imidlertid at de som jobber i prestetjenestene, tilhører Den norske kirke, og at øvrige tilkalles på frivillig basis.

Forskjeller i måten tilbudet om åndelig og eksistensiell omsorg er organisert på, er særlig knyttet til to forhold: 1) om åndelige og eksistensielle omsorgsgivere som ikke er en del av Den norske kirke, er *ansatt ved sykehuset eller frivillig tilknyttet institusjonen*. 2) Om det stilles *kompetansekrav* til åndelige og eksistensielle omsorgsgivere som ikke er en del av den Den norske kirke. Basert på denne variasjonen definerer jeg (i tabellen under) fire ulike former for organisering av åndelig og eksistensielt tilbud i sykehus.

		Kompetansekrav	
		Det stilles kompetansekrav til åndelige/eksistensielle omsorgsgivere som ikke er tilknyttet kirken.	Det stilles ikke kompetansekrav til åndelige/eksistensielle omsorgsgivere som ikke er tilknyttet kirken.
Ansatte eller frivillige	Åndelige/eksistensielle omsorgsgivere som ikke er tilknyttet kirken, er ansatt ved sykehuset.	Heterogen organisering	Konsultativ organisering
	Åndelige/eksistensielle omsorgsgivere som ikke er tilknyttet kirken, er frivillige.	Delvis heterogen organisering	Homogen organisering

De aller fleste regionale helseforetak har *homogen organisering* av åndelig og eksistensiell omsorg. I disse helseforetakene er åndelige og eksistensielle omsorgsgivere uten tilknytning til kirken frivillige, og det stilles ikke definerte kompetansekrav til dem. Omsorgsgivere som er knyttet til Den norske kirke, er derimot ansatt i helseforetaket og møter krav til pastoralklinisk utdanning.

Motsatsen til homogen organisering er *heterogen organisering*. I helseforetak med heterogen organisering er åndelige og eksistensielle omsorgsgivere som ikke tilhører kirken, ansatte ved sykehuset som en del av prestetjenesten – og de møter kompetansekrav. Det finnes i praksis kun to slike helseforetak i landet: Helse Bergen (Haukeland) og St. Olavs hospital i Trondheim.

Delvis heterogen organisering er kjennetegnet ved at det stilles kompetansekrav til åndelige og eksistensielle omsorgsgivere som ikke er tilknyttet kirken, men at disse er frivillige – ikke ansatte ved sykehuset. Det finnes ett helseforetak som har en slik organisering: Oslo universitetssykehus.

Konsultativ organisering innebærer derimot at det ikke stilles kompetansekrav til åndelige og eksistensielle omsorgsgivere som ikke er en del av kirken, men at disse er ansatte ved sykehuset. Denne kombinasjonen finnes ikke i norske helseforetak.

Hvorfor kirkelig dominans?

Den norske kirke har altså fortsatt en dominerende posisjon i sykehusene med hensyn til åndelig og eksistensiell omsorg. Denne dominerende posisjonen forsterkes av at sykehusprester i tillegg til å tilby åndelige og eksistensielle samtaler og andre religiøse tjenester også har en rolle som rådgivere i etiske og religiøse spørsmål, for eksempel som medlemmer av kliniske etikk-komiteer ved helseforetakene (NOU 2013: 1, s. 167). Spørreundersøkelsen viser samtidig at kirkens dominerende

posisjon utfordres i enkelte regionale helseforetak – og at det kan identifiseres i alle fall tre ulike måter å organisere åndelig og eksistensiell omsorg på.

Hvorfor en slik nølende og lite enhetlig endringstendens? Spørsmålet undersøkes og drøftes i det følgende, blant annet basert på analyser av i alt tretti kvalitative intervjuer jeg har gjort med utøvere av åndelig og eksistensiell omsorg i fem ulike regionale helseforetak og ett privat sykehus. Sytten av de intervjuede tilhører Den norske kirke, de øvrige har andre tros- og livssynsbakgrunner.¹⁰

Et første svar på hvorfor endringstakten er nølende, er institusjonelt og knyttet til *velferdslokalisme*. Religionsfrihet er riktignok en menneskerettighet, retten til religionsutøvelse er grunnlovsfestet, og i formålsbestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven heter det at den skal bidra til «å fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd».¹¹ Men det finnes ingen nasjonale regler for hvordan tro og livssyn, herunder de åndelige og eksistensielle behovene, skal ivaretas i sykehus. Dermed er det opp til hvert enkelt helseforetak å bestemme hvordan de skal organisere seg for å ivareta disse behovene. Slik skiller helseforetak seg fra for eksempel Forsvaret. Her er organiseringen av tro og livssyn nedfelt i Forskrift om tros- og livssynstjeneste i Forsvaret:

Prester i Den norske kirke og prester og forstandere (tilsvarende) i registrerte trossamfunn og tilskuddsberettigede livssynssamfunn kan tjenestegjøre som feltprester eller tilsvarende i Forsvaret. Personellet betegnes i tråd med tros- eller livssynstilhørighet som feltprester eller tilsvarende.

Beslutningen om å ha feltimam, felthumanist og en ortodoks feltprest er i tråd med dette, og den omfatter hele Forsvaret. I sykehusene fattes beslutningen om det åndelige og eksistensielle

tilbudet, til sammenligning, i 20 forskjellige regionale helseforetak. Det gir dårlige vilkår for rask og enhetlig endring.

Og den offentlige utredningen om palliasjon (NOU 2017: 17), som kun i begrenset grad er opptatt av åndelig og eksistensiell omsorg generelt, og av trosmangfold spesielt, speiler noe jeg tolker som gjennomgående lite oppmerksomhet når det gjelder disse problemstillingene i de fleste helseforetaks ledelse. Endringene i de to helseforetakene som har heterogen organisering, har ikke kommet etter initiativ fra sykehusledelsen, men fra lederne av de to respektive prestetjenestene. Slike initiativ innenfra tjenestene gir endring, men den er begrenset, da ledende sykehusprester som regel må forholde seg til gitte økonomiske rammer. Løsningen har så langt blitt prosentstillinger og muligheter som åpner seg ved permisjon blant sykehusprestene. Ingen nye hele stillinger er etablert.

I ett eneste helseforetak er det tatt initiativ til endring i det åndelige og eksistensielle tilbudet fra sykehusledelsens side, i foretaket med delvis heterogen organisering – Oslo universitetssykehus. Men her har det altså ikke skjedd noen endring i trostilhørigheten til de ansatte i prestetjenesten, det er i stedet rekruttert frivillige samtalepartnere i regi av seksjon for likeverdige tjenester. På det ene stedet hvor det har kommet et endringsinitiativ fra sykehusets ledelse, organiserte man seg altså i utgangspunktet på siden av prestetjenesten.

Kanskje har manglete initiativ til endring fra sykehusledelsene sammenheng med medisinsens vektlegging av det kurative og det kliniske, kombinert med vår tids hang til å kvantifisere, måle og standardisere (jf. Larsen og Røyrvik, 2017). Det er krevende å dokumentere effekt av åndelig og eksistensiell omsorg på standardisert vis. Dette bringer oss til en annen grunn til fravær av endring: *Behov* er viktig for hva slags tjenestetilbud som finnes i norske sykehus, og på dette området er ikke behovene umiddelbart innlysende. I svarene fra helseforetakene

i spørreundersøkelsen slår flere fast at det er lite behov for et tilbud ut over sykehusprest. Flere hevder at det skjer ytterst få ganger i løpet av et år at man tilkaller noen sykehuseksterne med en annen tro eller et annet livssyn. Altså, konkluderes det, er behovet lite. Mitt intervjumateriale gir imidlertid grunn til å problematisere måten behov defineres og registreres på. Åndelig og eksistensiell omsorg er ikke noe alle pasienter og pårørende får. Det er heller ikke noe alle pasienter som møter døden, får. Så hvordan avgjøres det hvem som har behov for og vil kunne få åndelig og eksistensiell omsorg? Dette er et spørsmål jeg har stilt sykehusprester i intervjuene. Det fortelles da om en endring i prestetjenestenes arbeidsmåte. Før, forteller sykehusprester med svært lang karriere i prestetjenestene, var sykehusprestene oppsøkende. De gikk rundt på sykehusets avdelinger, hilste på og tilbød sine tjenester til pasienter og pårørende. Mitt intervjumateriale viser at dette nå skjer kun unntaksvis. Det understrekes i stedet at kontakten med sykehusprest eller andre åndelige og eksistensielle omsorgsgivere skal være på pasienters og pårørendes premisser, og at det ikke drives «misjonering». Dermed er både sykehusprester og omsorgsgivere med en annen tro avhengig av at noen formidler kontakt med dem. Disse noen er i de fleste tilfeller sykepleiere, iblant leger. Altså er det viktig at leger og sykepleiere er opptatt av pasientens ve og vel også hva gjelder det åndelige og eksistensielle, og at de kjenner og har tillit til spesialistene i åndelig og eksistensiell omsorg. Dette gir fast ansatte i prestetjenestene en fordel. De er en del av sykehusets virksomhet, de arbeider som regel også med helsepersonellet, underviser, har samtaler med dem og gir råd. Sykehusprester og andre ansatte i prestetjenesten bidrar dermed til å skape oppmerksomhet om tilbudet de representerer. De bygger kjennskap og tillit.

Sykehusprester jeg har intervjuet, er da også opptatt av hvordan særlig sykepleiere formidler deres tjenester til pasienter og

pårørende, hvordan de «selger dem inn». I praksis handler dette gjerne om hvordan sykepleierne ordlegger seg når tilbudet om sykehusprest introduseres. Her er en sykehusprest som forklarer hva han ber sykepleiere si for å introdusere han til pasientene:

Da sier jeg at de må gjøre en vurdering, det vil si når de møter en pasient, så må de gjøre en vurdering på sinnstilstanden til den pasienten her. Hvordan har denne pasienten det i forhold til ... om de er engstelige, om de er nedstemte, om de er fortvilte, håpløse, motløse. Alle disse tingene her. Og så si at: «La meg sette deg i kontakt med sykehuspresten. Jeg tror det kan være til hjelp for deg.» Det i seg sjøl har ofte en tendens til å skape et håp i pasienten, okei, det er noe ... For det første, du ser meg, du ser at det er noe som kan være til hjelp for meg. Da har du hjulpet pasienten et stykke på veien. Og så sier kanskje pasienten: «Nei, nei jeg er ikke religiøs, eller jeg er ikke kristen», eller ... Og så: «Nei, men nå misforstår du. Han jobber med alle her. Jeg ville gitt det en sjanse hvis jeg var deg» (sykehusprest B1).

Gjennom denne tenkte samtalen mellom sykepleier og pasient illustrerer sykehuspresten tre forhold som også berøres i andre intervjuer: for det første, at «innsalg» i det hele tatt er et tema, illustrerer en tendens til at sykepleiere og leger ikke synes det er uproblematisk å snakke med pasienter om tro. Det refereres til at tro gjerne anses som en privatsak, ja, kanskje som mer privat enn pasientens seksualliv. Noe som gjør det krevende å introdusere et åndelig og eksistensielt tilbud.

For det andre illustrerer sitatet at det ikke utelukkende er pasienter og pårørende med en annen trostilhørighet som utgjør en utfordring. Utfordringer som er knyttet til pasienter og pårørende som har tilhørighet til Den norske kirke, men som ikke betrakter seg som religiøse, er minst like store. Det fortelles om pasienter som er usikre på om deres tro og tvil kvalifiserer til å

være troende, og som på det grunnlaget er sterkt tvilende til om sykehuspresten er den rette for dem.

For det tredje er sykehuspresten et universelt tilbud, jf. «han jobber med alle her». Sykehusprester skal kunne møte alle; det ligger så å si i stillingsinstruksen. Men kombinasjonen sykehusprest og universelt tilbud kan altså være en utfordring «å selge inn» til dem som måtte ha behov av eksistensiell art. Ikke alle pasienter og pårørende er sikre på om de ønsker at et slikt behov skal dekkes ved at sykehuspresten budsendes.

Her er det altså betydelige tilkallingsutfordringer. Samtidig har sykehusprester, som ansatte ved sykehuset, like fullt en fordel sammenlignet med åndelige og eksistensielle omsorgsgivere som ikke er ansatt, noe som illustreres godt i intervjuer med flere av dem som er eller har vært en del av den frivillige samtalepartnertjenesten ved Oslo universitetssykehus. De er opptatt av den tilnærmet umulige informasjonsoppgaven de har overfor helsepersonellet. Det er stadig skifte av helsepersonell, og informasjonsoppgaven beskrives slik sett som «å jobbe i et sluk». De må stadig oppsøke nye ansatte, stadig bidra med nye plakater til oppslagstavlen, stadig forsøke å invitere seg selv for «å bli kjent». Det oppgis, i seksjon for likeverdige tjenester ved Oslo universitetssykehus, at samtalepartnere har 30–50 tilkallinger pr. år. Det kan brukes som et argument for at det ikke er behov for fast ansatte med annen trostilhørighet. Men spørsmålet er da på hvilke grunnlag behovet registreres. Hvor mange av pasientene er det egentlig som kjenner til at det finnes en slik samtalepartner eller får tilbud om samtale med vedkommende?

Spørsmålet aktualiseres ytterligere av erfaringene med sykehushumanisten på St. Olavs hospital, som hadde en hundre prosent stilling og gikk i dagvaktordning sammen med sykehusprestene. Sykehushumanisten hadde i løpet av ett år over 200 konsultasjoner og samtaler med pasienter og pårørende (Hellum, 2019). Ikke fordi pasientene nødvendigvis etterspurte

en humanist, men fordi sykehushumanisten som var på vakt, tok tilkallinger, på samme måte som sykehusprester på vakt gjorde. Sykehushumanisten inngikk med andre ord i det universelle tilbudet, og behovet for humanist var det da lite å utsette på.

At åndelige og eksistensielle omsorgsgivere må tilkalles til avdelingene og pasientene, kombinert med at helsepersonell synes å være noe tilbakeholdne med å snakke med pasienter og pårørende om trosforhold og tilby spesialister på området, gjør det vanskelig å anslå behovet. Problemer med å anslå faktisk behov gjelder også for ansatte i prestetjenesten, men i særlig grad for åndelige og eksistensielle omsorgsgivere som ikke er ansatt ved sykehuset, og som derfor må tilkalles særskilt. Erfaringene med sykehushumanisten tilsier at tilbud langt på vei skaper etterspørsel – det vil si behov. Erfaringene med å ha en sykehusimam og en muslim ansatt i prestetjenesten er tilsvarende. Disse genererer oppmerksomhet og med det, etterspørsel. Registrert etterspørsel sier ikke nødvendigvis noe sikkert om behov, for enhver etterspørsel er knyttet til informasjon om tilbudet.

Det tredje svaret på hvorfor endringstakten er langsom, er knyttet til at endringsinitiativene så langt har kommet fra preste-tjenestene selv, og at det blant sykehusprestene i prestetjenestene er ulik forståelse av og tilnærminger til egen rolle som ivaretager av et universelt tilbud. Dermed er det også ulike meninger om homogent kontra heterogent tilbud. Sykehusprestene har, slik jeg finner det i mine intervjuer, tre ulike tilnærminger til hvorvidt de med utgangspunkt i sin pastoralkliniske kompetanse kan og bør betjene alle. Enkelte har en tilnærming som legger til grunn at de, gitt sin kompetanse, kan og bør betjene alle. Dette kan for eksempel uttrykkes slik: «Vi er ansatt på kompetanse, ikke på vår tro. Vi har en utdanning knytta til livssyn og helse og skal ivareta dette for alle pasienter. Vi har en utdanning som gjør oss i stand til å se, forstå og møte» (sykehusprest F).

Sykehuspresten er, slik denne sykehuspresten forstår det, primært en kompetent livssyns- og helsearbeider, ikke en misjonær for sin tro. Basert på dette skal han/hun være imøtekommende, lytte og gjennom det være til støtte for pasienten, slik det også – som vi har sett – uttrykkes i hospicefilosofien. Med sitt universelle mandat er sykehuspresten en garantist for at tjenestene nettopp skal kunne omfatte alle. Dette er grunnleggende. Det at sykehusprestens tjenester skal kunne omfatte alle, er, argumenterer enkelte, en måte å sikre at det blir ett tilbud til alle på, og at uheldig segregering basert på pasientenes tro dermed unngås. Enkelte sykehusprester mener at et slikt universelt, ikke-segregerende tilbud er noe de, som både har den pastoralkliniske kompetansen og står i en åpen folkekirketradisjon, er særlig egnet til å kunne gi. Andre er åpne for at det å gi et universelt tilbud er noe også humanister, buddhister og muslimer kan bidra til, bare de får den rette kompetansen. Men så langt har tilbud om nødvendig kompetanse primært vært rettet mot prester, diakoner og kirkelige medarbeidere i Den norske kirke.

Samtidig understrekes det også, i intervjuer med dem som argumenterer sterkt for sykehusprestens universelle funksjon, at dersom enkelte pasienter og pårørende eksplisitt ønsker noen andre å snakke med eller har behov for bestemte ritualer, har sykehusprest/sykehus plikt til å skaffe noen som kan bidra med dette.

En alternativ tilnærming blant sykehusprestene har også som utgangspunkt at sykehuspresten kan snakke med alle, siden det ligger i vedkommendes mandat, kunnskap og praksis. Men så er det ikke, argumenteres det videre, alle (pasienter og pårørende) som vil snakke med presten. Dette er erfaringer de aller fleste sykehusprester har, men for enkelte leder altså denne erfaringen til at de stiller spørsmål ved måten tjenesten er organisert på. Da vektlegges eksplisitt trosaspektet i hvem de er og hva de gjør, for årsaken til at enkelte ikke ønsker dem, er at tro er uløselig knyttet til folks forståelse av hva en prest er og kan bidra med. Det

vises til pasienter og pårørende som har problemer med å forholde seg til sykehuspresten som utøver av et universelt åndelig og eksistensielt tilbud. Dette er, resonneres det da, ikke noe som kan løses ved å tilkalle noen utenfra ved særskilt uttrykte behov, det må løses ved å utvide prestedtjenesten slik at den rommer om ikke alle, så i alle fall flere trosretninger. Dette uttrykkes for eksempel slik av to sykehusprester: «Jeg har opplevd det ubehagelig i årevis å ha den monopolstillingen på sykehuset» (sykehusprest W₂). «Og dette med å skape legitimitet for at vi har en prestedtjeneste, det tenker jeg vi gjør ved å åpne den» (sykehusprest H₁).

Monopolet den første sykehuspresten snakker om, er knyttet til trosfellesskapet prestene i Den norske kirke er en del av. Og slik den andre er inne på, vil det å bryte monopolet kunne bidra å legitimere hele tjenesten og alle som er i den, inkludert sykehusprestene. Underforstått: Det er ikke gitt at en åndelig og eksistensiell tjeneste som kun er basert på sykehusprester, har legitimitet hos alle potensielle brukere av tilbudet.

Endelig finnes også en tredje tilnærming: sykehuspresten som revurderer sin funksjon. Ja, hittil har det i sykehussystemet kun vært sykehusprester som tilbyr åndelig og eksistensiell omsorg, og det har fungert greit. Men så er jo pasientgruppen i endring, og det foregår en debatt om økt mangfold og behov for å bryte det kirkelige monopolet. Dette er argumenter som lyttes til.

Alt rundt død er veldig knyttet egentlig, til kirken ... eller i stor grad til kirken og prester, også på sykehuset. Det er jo det. Og det ligger makt i den tradisjonen. Og jeg tenker ikke at det er noe galt, men vi skal være klar over tradisjonen. Hvilken makt kirken har, og hvilken makt egentlig vi som sykehusprester har også. Og forvalte den riktig, være bevisste på det (sykehusprest Y₂).

Oppsummert identifiserer jeg tre grunner til at endringen av det åndelige og eksistensielle tilbudet i sykehusene går sakte,

og at – som sykehuspresten ovenfor uttrykker det – «alt rundt død» fortsatt er knyttet til kirken, også i sykehusene. Den første grunnen er at beslutninger om endring må fattes i et stort antall forskjellige helseforetak, og at det åndelige og eksistensielle tilbudet og eventuelle endringer av dette ikke synes å være prioritert høyt av sykehusledelsene. Den andre grunnen er at det faktiske behovet for åndelige og eksistensielle tjenester ikke er lett å fastslå, siden sammenheng mellom tilbud og etterspørsel her er slik at tilbudet skaper etterspørsel. Endelig er det, gitt manglende oppmerksomhet blant sykehusledere, mye opp til sykehusprester selv å ta initiativ til endring, en endring som forsinkes av at tilnærmingen til tjenesten og egen rolle er langt fra ens dem imellom.

Mot en mer pluralistisk tjeneste?

Spesialister på åndelig og eksistensiell omsorg som er ansatt i norske sykehus, og som det stilles kompetansekrav til, er i all hovedsak en del av Den norske kirke. De er sykehusprester, og enheten de er en del av, kalles prestetjeneste. Jeg har kalt dette en homogen måte å organisere det åndelige og eksistensielle tilbudet på.

Slik er det, ikke fordi det er fastsatt i lov og forskrift – det er et uttrykk for en flere hundre år gammel sedvane. Denne sedvanen bygger på at den kristne tro har vært dominerende, ja, endog grunnlovsfestet, noe som bidrar til at en praksis der sykehusansatte som også er ordinerte prester og diakoner i Den norske kirke, er satt til å gi et universelt tilbud om åndelig og eksistensiell omsorg. Dette til tross for at statskirkeordningens opphør ligger snart ti år tilbake i tid. Disse institusjonelle føringene forsterkes av at kompetansekravene som stilles for at man skal kunne inneha en stilling som spesialist i åndelig og eksistensiell omsorg, primært har vært rettet mot ansatte i Den

norske kirke. Utdanningstilbudet som er gitt frivillige samtalepartnere fra andre konfesjoner, har ikke vært av samme omfang. Dette er for øvrig en institusjonell forutsetning som kan være i ferd med å endres, da Teologisk fakultet ved Universitetet i Oslo fra høsten 2019 vil gi tilbud om et masterprogram i lederskap, etikk og samtalepraksis rettet mot studenter på tvers av tro og livssynstilhørighet.

Hva som er den reelle etterspørselen etter åndelig og eksistensiell omsorg i norske sykehus, er vanskelig å fastslå i en situasjon der religiøs tilhørighet ikke lenger er gitt, men er noe som velges av den enkelte, samtidig som ansatte i sykehusene i hovedsak er sykehusprester. Det er grunn til å påpeke at erfaringene med sykehushumanisten i full stilling og som del av vaktlaget på St. Olav, med sykehusimam og muslimsk kulturkonsulent på St. Olav og i Helse Bergen, tilsier at tilbud skaper etterspørsel.

Ambisjonen om å ha et universelt innrettet tilbud til pasienter kan dessuten ivaretas av ansatte med ulike tros- og livssynsbakgrunn. For når sykehusprester med nødvendig kompetanse kan møte og samtale med alle – på tvers av trosskille –, må vel det også kunne gjelde for andre som besitter den nødvendige kompetansen. I intervjuer fortelles det om pasienter og pårørende med et avklart forhold til tro, som tydelig plasserer seg innenfor en konfesjon, en tro eller livssyn, og som ønsker et tilbud gitt av en som deler deres overbevisning. Men det fortelles også om pasienter og pårørende som ikke nødvendigvis definerer seg strengt inn i en trosramme og/eller ikke vet hva de skal tro. Det taler for et universelt innrettet tilbud med ansatte med ulike konfesjonstilhørighet, men der pasientene kan betjenes basert på konfesjon dersom de selv ønsker det. Slik kan det unngås at tilbudet blir strengt segregert basert på definerte trosretninger.

I en situasjon med økende tros- og livssynsmangfold blant pasienter og pårørende kombinert med ambisjoner om å ha et tilbud om åndelig og eksistensiell omsorg som er universelt

– som når alle, framstår ikke et tilbud basert på ordinerte i Den norske kirke som fullt ut legitimt. Enkelte steder har dette gitt endringer i retning heterogene tjenester, men endringene har vært nølende, siden de institusjonelle betingelsene for rask og omfattende endring av det åndelige og eksistensielle tilbudet i norske sykehus mangler. Mer omfattende endringer krever at helsemyndigheter og sykehusledelse engasjerer seg i diskusjonen.

Noter

- 1 Medlemmer er døpt, mens tilhørende har enten en mor eller far som er medlem i Den norske kirke. Disse telles med som tilhørig helt fram til de fyller 18 år, og forsvinner så ut av medlemsregisteret (med mindre de selv er døpt). <https://kirken.no/nb-NO/om-kirken/bakgrunn/om-kirkestatistikk/> (lesedato 19.01.19).
- 2 <https://kirken.no/nb-NO/om-kirken/bakgrunn/om-kirkestatistikk/> (lesedato 19.01.19).
- 3 Vårt Land på nett 14.03.2016: <https://www.vl.no/nyhet/stadig-ferre-gifter-seg-i-kirken-1.701113?paywall=true> (lesedato 19.01.2019).
- 4 Statistisk sentralbyrå, tall for Den norske kirke 2017: https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/statistikker/kirke_kostra (lesedato 18.11.2018).
- 5 I Grunnlovens paragraf 16 er det nå fastsatt at: «Alle innbyggere i riket har fri religionsutøvelse. Den norske kirke, en evangelisk-luthersk kirke, forblir Norges folkekirke og understøttes som sådan av staten. Nærmere bestemmelser om Kirkens ordning fastsettes ved Lov. Alle tros- og livssynssamfunn skal understøttes på lik linje.» https://snl.no/Den_norske_kirke (lesedato 19.01.19).
- 6 <https://www.regjeringen.no/contentassets/c90038dca-b884721a27b514b3a9f2f5/forslag-til-forskrifter--ny-tjenesteordning-for-feltprestkorpsset.pdf> (lesedato 28.01.19).
- 7 Kartleggingen manglet svar fra enkelte helseforetak. Når det gjelder spørsmål som berører åndelig og eksistensiell omsorg, har jeg supplert manglende svar ved å undersøke disse helseforetakenes nettsider, ta kontakt på e-post og ringe til enkeltsykehus. Slik ble

- det utarbeidet en langt på vei fullstendig oversikt over tilbudet.
- 8 Jf. *Rapport om livssynsåpen prestetjeneste på St. Olavs hospital*, 27.07.2017. Denne er skrevet av Ingvild Knudsen Hammernes, Cathrine Bang Hellum og Øyvind Taraldset Sørensen på bakgrunn av diskusjoner i en bredt sammensatt arbeidsgruppe.
 - 9 Jf. møte i og vedtak gjort av hovedledelsen ved St. Olavs hospital, 27.08.18.
 - 10 Disse øvrige er enten ansatt i prestetjenestene som har slike andre ansatte, eller de er / har vært del av samtalepartner-gruppen på Oslo universitetssykehus.
 - 11 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (lesedato 05.02.19).

Litteratur

- Berthelsen, E. og Stifoss-Hansen, H. (2014). «Eksistensielle samtaler og religiøs betjening i helseinstitusjoner – sykehusprestenes rolle og legitimitet». I: Danbolt, L.J.; Engedal, L.G.; Stifoss-Hansen, H.; Hestad, K. og Lien, L. (red.). *Religionspsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Boelsbjerg, H.B. (2013). «Det Hellige Rum. Sjælesorgssamtaler på hospitalet». *Tidsskrift for forskning i sykdom og samfund*, (18), s. 67–86.
- Boelsbjerg, H.B. (2017). *At nærme sig døden – menneskeligt og metodisk: En kvalitativ undersøgelse av kristne og muslimske kræftpatienter i palliative forløb*. Odense: Syddansk Universitet. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet. Ph.D.-avhandling.
- Bondevik, H.; Madsen, O.J. og Solbrække, K.N. (2017). «Snart er vi alle pasienter: Medikalisering i Norden fra vugge til grav». I: Bondevik, H.; Madsen, O.J. og Solbrække, K.N. (red.). *Snart er vi alle pasienter. Medikalisering i Norden*. Oslo: Scandinavian Academic Press.
- Botvar, P.K. (2010) «Endringer i nordmenns religiøse liv». I: Botvar, P.K og Schmidt, U. (red.). *Religion i dagens Norge. Mellom sekularisering og sakralisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Boulay, S. du og Rankin, M. ([1984] 2007). *Cicely Saunders. The Founder of the Modern Hospice Movement*. London: Society for Promoting Christian Knowledge (SPCK).

- Clark, D. (2016). *To Comfort Always. A history of palliative medicine since the nineteenth century*. Oxford: Oxford University Press.
- Danbolt, L.J. og Stifoss-Hansen, H. (2007). *Gråte min sang. Minnegudstjenester etter store ulykker og katastrofer*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Folkehelseinstituttet. ([2018] 2019). *De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme*. <https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/> (lest 06.08.19).
- Gilliat-Ray S.; Ali, M. og Pattison, S. (2013). *Understanding Muslim Chaplaincy*. Farnham, Burlington: Ashgate.
- Hellum, C.B. (2019, under publisering). *Livssynshumanistisk omsorg i spesialisthelsetjenesten. Refleksjoner og erfaringer knyttet til fag og praksis*. Oslo: Det teologiske fakultet (vil bli publisert på fakultetets nettsider).
- Holmen, J. (2008). «Er det Gud vi saknar? Om medisin – og tru og overtru». I: Kjølsvik, I. og Holmen, J. (red.). *Helse-Frelse. Samfunnsmedisin og livssyn – et møte*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Kaasa, S. og Loge, J.H. (2016). «Palliativ medisin – en innledning». I: Kaasa, S. og Loge, J.H. (red.). *Palliasjon. Nordisk lærebok*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kühle, L.; Schmidt, U.; Jacobsen, B.A. og Petterson, P. (2018). «Religion and State: Complexity in Change». I: Furseth, I. (red.). *Religious Complexity in the Public Sphere. Comparing Nordic Countries*. London og New York: Palgrave Macmillan.
- Larsen, T. og Røyrvik, E.A. (2017). «Introduksjon». I: Larsen, T. og Røyrvik, E.A. (red.). *Trangen til å telle. Objektivisering, måling og standardisering som samfunnspraksis*. Oslo: Scandinavian Academic Press.
- Leirvik, O. (2007). *Religionspluralisme. Mangfold, konflikt og dialog i Norge*. Oslo: Pax.
- Liefbroer, A.; Ganzevoort, R.R. og Olsman, E. (2019). «Addressing the spiritual domain in a plural society: what is the best mode of integrating spiritual care into healthcare?» *Mental Health, Religion and Culture*, 22:3, 244–260, DOI:10.1080/13674676.2019.1590806.
- Melby, L.; Das, A.; Halvorsen, T. og Steihaug, S. (2017). *Evaluerer av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling*

- og omsorg*. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn. Avdeling Helse.
- Norges offentlige utredninger. (1984). *Pleie og omsorg for alvorlig syke og døende mennesker*. NOU 1984: 30. Oslo, Bergen, Tromsø: Universitetsforlaget.
- Norges offentlige utredninger. (1999). *Livshjelp; behandling, pleie og omsorg for ubelbredelig syke og døende*. NOU 1999: 2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Statens trykning.
- Norges offentlige utredninger. (2013). *Det livssyns åpne samfunn. En helhetlig tro og livssyns politikk*. NOU 2013: 1. Oslo: Departementenes servicesenter. Informasjonsforvaltning.
- Norges offentlige utredninger. (2017). *På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende*. NOU 2017: 16. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Informasjonsforvaltning.
- Plesner, I.T. og Døving, C.A. (2009). *Livsfaseriter. Religions- og livssynspolitiske utfordringer i Norge*. Oslo: STL (Samarbeidsrådet for tros- og livssynsamfunn).
- Romøren, T.I. (2018). «Spesialisthelsetjenesten: Sykehus og psykisk helsevern». I: Hatland, A.; Kuhnle, S. og Romøren, T.I. (red.). *Den norske velferdsstaten*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal.
- Rønsen, A. og Jakobsen, R. (2016). *Å fullføre et liv. Omsorg for døende og de som står nær*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Saunders, C. ([1988] 2006). «Spiritual Pain». I: Saunders, C. *Selected Writings 1958–2004*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Schiøtz, A. (2019). «Omsorgens røtter – et historisk blikk». *Tidsskrift for omsorgsforskning* 01/2019.
- Schiøtz, A. (2017). *Viljen til liv. Medisin og helsehistorie fra antikken til vår tid*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Schuhmann, Ca. (2015). «Counselling and the Humanist Worldview». I: Copson, A. og Grayling, A.C. (red.). *The Wiley Blackwell Handbook of Humanism*. West Sussex: Wiley Blackwell.
- Strømskag, K.E. (2012). *Og nå skal jeg dø. Hospicebevegelsen og palliasjonens historie i Norge*. Oslo: Pax.
- Taylor, C. (2007). *The Secular Age*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Thoresen, L. (2008). *Empati og intersubjektivitet. En studie av*

hospicesykepleie. Oslo: Universitetet i Oslo. Det teologiske fakultet. Avhandling for graden ph.d.

Tornøe, K. (1996). *Kan vi trøste hjertene? Hvordan møte alvorlig syke og døende pasienters åndelige behov*. Oslo: Tano Aschehoug.

Walderhaug, M.F. (2018). *Filosofiske samtaler med innsatte i fengsel. En fordypning i samtalens form og innhold*. Bergen: Universitetet i Bergen: Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d).

