

*Hvordan defineres rollen som muslimsk samtalepartner med
utgangspunkt i kjønn i norsk helsevesen?*

En kvalitativ undersøkelse om kjønnsperspektivet på muslimsk
samtaletjeneste fra norske helse- og omsorgsinstitusjoner, og muslimske
pasienter og pårørende



Rania Al-Nahi

Master i Lederskap, etikk og samtalepraksis

Det teologiske fakultet

Veileder, førsteamanuensis, Kaia S. Rønsdal

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2022

Hvordan defineres rollen som muslimsk samtalepartner med utgangspunkt i kjønn i norsk helsevesen?

En kvalitativ undersøkelse om kjønnsperspektivet på muslimsk samtalepartner fra norske helse- og omsorgsinstitusjoner, og muslimske pasienter og pårørende i Norge

© Rania Al-Nahi 2022

Muslimsk samtalepartner

Hvordan defineres rollen som muslimsk samtalepartner med utgangspunkt i kjønn i norsk helsevesen?

- En kvalitativ undersøkelse om kjønnsperspektivet på muslimsk samtalepartner fra norske helse- og omsorgsinstitusjoner, og muslimske pasienter og pårørende.

<http://www.duo.uio.no/>

“Unfurl your own story. It is true that we do have to wait to see “who lives, who dies, who tells your story.” Tell your own story — do it now. There is a power in owning your own story. If you don’t tell your own story, someone else will. And if you are willing to do the hard work of polishing the jewels of your soul, no one else knows the treasures of your heart as well as you do.”

— Omid Safi, *Let It Be Love*¹

¹ Hentet 07.05.2022, <https://onbeing.org/blog/omid-safi-let-it-be-love/> Hentet 07.05.2022, <https://onbeing.org/blog/omid-safi-let-it-be-love/>

SAMMENDRAG

Formålet med denne masteroppgaven har vært å undersøke hvordan rollen som muslimsk samtalepartner defineres med utgangspunkt i kjønn i norsk helsevesen.

Oppgaven er en kvalitativ undersøkelse om kjønnsperspektivet på muslimsk samtaleteneste i norske helse og omsorgsinstitusjoner, samt blant muslimske pasienter og pårørende. Muslimsk samtaleteneste, kjent som *chaplaincy* internasjonalt handler om åndelig og eksistensiell omsorg i møte med pasienter og pårørende blant annet i helse og omsorgsinstitusjoner. Innen islamsk tradisjon bygger muslimsk omsorgspraksis på koranen, profeten og troen på Allah.

For å få en helhetlig oversikt har jeg spurt fem norske muslimer og tre store helseforetak som har ansvar for preste- og samtaleteneste. Fordi fram til nå har det vært vanlig at en mann og imam blir sidestilt med sykehusprestene. Det er få eller ingen muslimske kvinner som jobber som sykehusimam eller innen muslimsk samtaleteneste. Jeg har sett på hvordan muslimsk omsorgspraksis kommer til uttrykk med utgangspunkt i kjønn i norsk helsevesen, og hvordan en konservativ islamsk tolketradisjon løftes frem, fremfor andre tolketradisjoner. I tillegg har jeg undersøkt meninger rundt islamsk åndelig og helhetlig omsorg, en prest i forhold til en imam, utdanning, kultur og språkkompetanse, profesjonsetiske retningslinjer, og sendertilhørighet.

Analysen min viser at en mannlig imam ikke er mer foretrukket enn en muslimsk kvinne som samtalepartner eller sykehusimam. Funnene mine viser at en samtalepartner bør ha kunnskap og utdanning innen psykisk helse, sorg -og traumeforståelse i møte med muslimsk pasienter og pårørende, og at dette veier tyngre enn teologisk kompetanse. En av informantene mine hadde en dårlig opplevelse av møtet med sykehusimamen, der hun ble bedt om å ha med mannen sin som anstand i alle samtaler. Analysen min viser også at kunnskap om kultur, språk og migrasjonshelse er mer etterspurt enn teologiske kvalifikasjoner og utdanning. Det er heller ikke viktig med sendertilhørighet, da ingen muslimske trossamfunn favner alle sammen. Muslimer i Norge er en heterogen gruppe med svært ulik religiøs- og kulturell bakgrunn, og det er derfor man bør tenke litt i bredden. Ved å aktualisere kjønnsperspektivet på muslimsk omsorgspraksis håper jeg denne masteroppgaven bidrar til å nyansere muslimsk samtaleteneste i Norge.

FORORD

Det har vært utrolig lærerikt å skrive denne masteroppgaven, og den representerer min to år lange reise gjennom Det teologiske fakultet. Først vil jeg takke alle på fakultetet og forelesere som har stått på for studentene gjennom pandemien. Det har vært mange gode samtaler om flere interessante temaer. Takk til alle medstudenter på studiet. Jeg vil også rette en stor takk til alle mine informanter. Uten deres bidrag hadde aldri denne masteroppgaven blitt til.

Jeg vil rette en spesiell hilsen til min fantastiske veileder Kaia S. Rønsdal. Ord blir fattige når jeg beskriver takknemligheten min overfor deg. Ditt brennende engasjement for LES-studiet står det stor respekt av. Jeg er dypt takknemlig for at jeg fikk akkurat deg som min veileder. Du trodde på meg fra starten og motiverte meg helt fram til målstreken, selv om jeg nesten gikk lei. Takk for at du oppmuntret meg videre og hjalp meg med å reflektere over muslimsk omsorgspraksis.

Jeg vil også takke mine venninner som har motivert og støttet meg gjennom hele denne reisen, takk Winnie og Amina. Takk til mine foreldre og søsken for all kjærligheten og støtten jeg fikk gjennom denne masteroppgaven.

Til slutt en stor takk til min mann og mine barn. Kjære Jacob, Selma, Jennah og Isaac, jeg er heldig som er mamma til så reflekterte og kunnskapsrike barn som dere. Takk til min kjære ektemann Yusef, min sjelevenn og kjæreste. Den beste lærdommen jeg har lært av deg er å tørre å følge hjertet og å stå på hele løpet ut. Takk for at du alltid var der for meg fra starten og til målstreken. Du har vært min største pådriver, jeg elsker deg.

Innhold

| | |
|--|----|
| KAPITTEL 1 INNLEDNING | 1 |
| 1.1 Innledning | 1 |
| 1.2 Oppgavens innhold | 2 |
| KAPITTEL 2 BAKGRUNN FOR PROBLEMSTILLING | 4 |
| 2.1 Bakgrunn for problemstilling | 4 |
| KAPITTEL 3. BEGREPSAVKLARING..... | 8 |
| 3 Begrepsavklaring..... | 8 |
| 3.1 Islamsk tradisjon for åndelig og helhetlig omsorg | 8 |
| 3.1.1 Muslim chaplaincy..... | 9 |
| 3.2 Muslimer i Norge, menneskene bak tallene | 9 |
| 3.3 Arabiske begrep | 10 |
| KAPITTEL 4. METODE | 13 |
| 4.1 Valg av tema | 13 |
| 4.2 Intervju og utvalg | 14 |
| 4.3 Forskerposisjon | 16 |
| 4.4 Validitet og reliabilitet | 19 |
| 4.5 Forskningsetikk | 20 |
| KAPITTEL 5. TEORI..... | 22 |
| 5.1 Tidligere forskning..... | 22 |
| 5.2 Islamsk tradisjon for åndelig og helhetlig omsorg..... | 23 |
| 5.3 Kjønnroller i muslimsk samtalejeneste, makt, feminisme og patriarkalske tolkninger | 25 |
| 5.7 En imam er ikke det samme som en prest..... | 30 |
| 5.8 Profesjonsetikk, profesjonsetiske retningslinjer og etikk..... | 32 |
| KAPITTEL 6. ANALYSE | 36 |
| 6. ANALYSE | 36 |
| 6.1 Kunnskap om muslimsk samtalejeneste og eksisterende muslimsk samtaletilbud..... | 37 |
| 6.2 Hva betyr åndelig og helhetlig omsorg for deg? | 40 |
| 6.3 Muslimsk samtalejeneste i en kjønn diskurs..... | 42 |
| 6.4 En imam i forhold til en prest | 46 |
| 6.5 Utdanning, kvalifikasjoner, språk og kulturforståelse..... | 48 |
| 6.6 Profesjonsetikk eller profesjonsetiske retningslinjer? Senderorganisasjon og organisering av samtaletilbudet..... | 52 |
| KAPITTEL 7 DRØFTNING | 56 |
| 7.1 En imam eller en muslimsk samtalepartner? Kultur, språk, utdanning og profesjonsetiske retningslinjer i møte med muslimsk omsorgspraksis i helse og omsorgstjenester. | 57 |
| 7.2 Hvordan defineres rollen som muslimsk samtalepartner med utgangspunkt i kjønn i norsk helsevesen? | 62 |

| | |
|--|----|
| 7.3 Sendertilhørighet og ansvar for muslimsk samtalejeneste..... | 66 |
| 8. KONKLUSJON | 68 |
| LITTERATURLISTE | 70 |
| Nettreferanser | 74 |
| Vedlegg 1 – Godkjenning fra NSD | 77 |
| Vedlegg 2 – Informasjonsplakat om å delta i intervju | 80 |
| Vedlegg 3 – Samtykkeskjema pasienter/pårørende | 81 |
| Vedlegg 4 – Samtykkeskjema helsevesen | 84 |
| Vedlegg 5 – Intervjuguide muslimske pasienter og pårørende..... | 87 |
| Vedlegg 6 – Intervjuguide for ansatte i helsevesen..... | 89 |

KAPITTEL 1 INNLEDNING

1.1 Innledning

I denne masteroppgaven har jeg valgt å ta for meg muslimsk samtalejeneste i helsetjenesten, dette er et fagområde jeg kjenner godt, og som jeg har arbeidserfaring med. Muslimsk samtalejeneste er et relativt nytt felt i Norge, og er lite forsket på. Åndelig og eksistensiell omsorg fra et minoritetsperspektiv der mange har samtaler om tro, håp, sykdom og livets slutfase er en viktig del for mange i møte med helse og omsorgstjenester. Det er viktig å få en bredere kunnskap innen dette feltet. Samtidig mener jeg det er et stort behov for flere norske muslimer som skriver innsiktsfullt om sitt fagfelt, slik at det bidrar til institusjonene som jobber med samtalejenester, norske muslimer og andre får utvidet sin oppfatning om hva muslimsk samtalejeneste er, og hva man trenger å jobbe med i ulike deler av institusjonene, og hva tjenesten trenger for å kunne utvikle seg til å bli en profesjon.

I Norge har prestatjenesten i Den norske kirke hatt det overordnede ansvaret for åndelig, eksistensiell omsorg i offentlige institusjoner. Det gjelder blant annet kriminalomsorgen, helse- og omsorgsinstitusjoner, forsvaret og universitetet. De siste tiårene har det skjedd store endringer i tro- og livssynslandskapet med et økende tros- og livssynsmangfold. Med økende livssynspluralisme har man sett behovet for å utvide tilbudet med samtalejeneste utenfor Den norske kirke. Det har vært feltimam, sykehusimam, rådgivere og kulturkonsulent for å dekke det muslimske åndelige og eksistensielle behovet til pasienter, brukere og pårørende, samt opplæring av helsepersonell. Et av disse tilbudene har mer eller mindre etablert seg som muslimsk samtalejeneste som skal dekke det bredere tilbudet for åndelig og eksistensiell omsorgspraksis innen helse- og omsorgstjenester. I tillegg til muslimsk samtalejeneste er det også etablert andre samtalejenester innen tros- og livssynstradisjonene. Det er mye spennende man kan skrive om innen feltet muslimsk samtalejeneste, for eksempel kultur og religion i møte med kriminalomsorgen eller forsvaret. Jeg har derimot valgt å begrense meg til helse og omsorgstjenestene i denne masteroppgaven.

Det har vært en personlig reise på alle mulige måter å ta masterstudiet *Lederskap, etikk og samtalepraksis* ved det teologiske fakultet UiO. Ikke bare har det gitt meg muligheten til å gå dypere inn i min egen religiøse tradisjon, men jeg har tatt med meg verdifull kunnskap om andres tros- og livssynstradisjoner innen sjelesorg, åndelig og eksistensiell omsorg, profesjonsetikk og religiøst og livssynsbaserte lederskap i møte med den andre, sammen med medstudenter og lærere.

Det teologiske fakultet og masterstudiet har gitt meg muligheten til å forme og styrke min egen identitet som religiøs leder i kraft av det å være kvinne, muslim og minoritet. I likhet med andre muslimske kvinner enten de har en teologisk bakgrunn eller ei, har det vært viktig for meg å utvikle en form for feministisk teologi innenfor islamsk tradisjon som jeg kan lene meg på. Disse kildene er først og fremst for å utfordre patriarkalske tolkninger av Koranen og profeten Muhammads liv og lære, og eksegeser (fortolkning), og se på om islam har et menneskesyn som gir kvinner begrenset med rettigheter og muligheter i forhold til menn. Min tolkning av religiøst lederskap er basert på at islam har en egalitær grunntanke.

Det nye masterprogrammet, som startet i 2019, i ledelse, etikk og samtalepraksis ved Det teologiske fakultet ved UiO er historisk. Det er et studium som blant annet tar sikte på å utstyre religions- og livssynsledere fra alle tros- og livssynstradisjoner med den nødvendige kompetansen til å betjene behovene til ulike samfunnsinstitusjoner innenfor kriminalomsorg-, helse- og forsvarssektoren.

1.2 Oppgavens innhold

Denne masteroppgaven inneholder åtte kapitler. Først en innledning, så presenterer jeg bakgrunnen for oppgaven og problemstillingen. Deretter et kapittel for begrepsavklaring med forklaring av betydningen til de arabiske ordene jeg benytter i masteroppgaven, i tillegg til sentrale begreper for islamsk omsorgspraksis. Kapittel fire presenterer jeg valg av tema, intervju og et utvalg av mine informanter. I det samme kapitlet vil jeg gjøre rede for min forskerposisjon, validitet og reliabilitet, og de forskningsetiske utfordringene som kan oppstå med denne typen oppgave. Det

femte kapitlet er den teoretiske rammen for oppgaven, som vil belyse, utfordre og diskutere materialet og problemstillingen. Teoridelen er islamsk tradisjon for åndelig og helhetlig omsorg, kjønnsperspektiv på religiøst lederskap og autoritetsforståelse i islam, kjønnsrettferdighet, feminisme og dialog, forholdet mellom en prest og en imam, islamsk lederskap og autoritetsforståelse i et kjønnnet perspektiv og profesjonsetikk. Sjette kapittel er analysedelen. Der gjennomgår og belyser jeg hvordan informantene mine relaterer til erfaringer knyttet til muslimsk samtaleteneste i offentlig sykehus som pasient og pårørende, og som arbeidsgiver. I drøftingen, kapittel syv vil jeg drøfte funnene fra analysedelen ved hjelp av teoridelen. Det gjør jeg ved å undersøke funnene fra ulike perspektiver, og for å fremme nye perspektiv på muslimsk omsorgsarbeid i helsevesenet. Det siste og avsluttende kapitlet har jeg en konklusjon der jeg besvarer min problemstilling, og belyser sentrale funn, samt utfordrer til videre forskning.

KAPITTEL 2 BAKGRUNN FOR PROBLEMSTILLING

2.1 Bakgrunn for problemstilling

Før jeg begynte på LES-masterstudiet har jeg en bachelor i statsvitenskap, menneskerettigheter og flerkulturell forståelse, i tillegg til enkeltemner i krig og konfliktstudier, og midtøstenstudier. Jeg gjorde feltarbeidet i mitt fødeland Irak. Jeg har i mange år jobbet med interreligiøs dialog, vært på studieturer til blant annet Irak, Israel, Palestina og Libanon. Til vanlig jobber jeg i feltet helse og omsorg, med flerkulturell og interkulturell forståelse som spesialitet. Jeg er spesielt opptatt av psykisk helse i møte med minoritetsfamilier som har barn med nedsatt funksjonsevne. Jeg har også erfaring som muslimsk samtalepartner på et sykehus. Våren 2021 var jeg i tillegg praksisstudent i seks uker hos studentprestene i Oslo, hovedsakelig på Blindern, UIO.

Høsten 2015 stod jeg ovenfor mitt livs største krise, et samlivsbrudd. Året før hadde jeg åtte ganger banket på døren til min lokale moske og prøvd å snakke med imamen, der jeg etterspurte en form for sjelesorg og ba om religiøs skilsmisse. Det er en stor enighet innen islamsk tolketradisjon at muslimske menn har lettere tilgang til en religiøs skilsmisse enn muslimske kvinner. Muslimske kvinner er ofte avhengig av mannens godkjennelse for å oppløse et religiøst ekteskap, hvis ikke de får tillatelse, må de søke skilsmisse igjennom en islamsk domstol (kjent som sharia). I norsk sammenheng betyr det at muslimske kvinner som ønsker en religiøs skilsmisse vil ha vanskeligheter med å få skilsmisse, fordi det ikke finnes noen islamske domstoler i Norge. Da samlivsbruddet mitt ble et faktum befant jeg meg hos en prest i Den norske kirke og tømte meg for mine følelser. Mine behov for åndelige og eksistensiell omsorg ble endelig møtt på mine premisser.

Parallelt med dette har jeg vært en samfunnsstemme som har frontet utfordringen rundt religiøs skilsmisse og religiøse vigsler, og i den anledning har flere titalls kvinner og menn har tatt kontakt med meg og etterlyst en form for sjelesorgsamtale basert på islamske tradisjoner. Det har vært et stort behov for å bearbeide skammen mange står i daglig. I tillegg har jeg jobbet i mange forskjellige helse- og

omsorgsinstitusjoner/etater, og ressurscenter. Der har flere spørsmål rundt en muslimsk samtalejeneste, religion og kultursensitivitet dukket opp. Oppsummert har jeg både et personlig og faglig engasjement i masterstudiet og denne masteroppgaven.

Halvveis inn i dette masterstudiet, i januar 2021, søkte jeg på en utlyst stilling som muslimsk samtalepartner ved Oslo Universitetssykehus Ullevå, OUS. Resultatet av rekrutteringsprosessen ble at OUS verken kalte inn meg, eller noen av de andre kvinnelige søkerne til intervju. Det ble begrunnet med at tillit i miljøet var viktig, og derfor var det mest naturlige valget å ansette en imam. Som kvinner ble vi aldri vurdert som aktuelle kandidater til å fylle rollen som muslimsk samtalepartner. Sykehuset hadde i utgangspunktet tenkt å titulere stillingen som «sykehusimam», men valgte etter mye press fra fagmiljø og kvinnelige muslimer å endre dette til «muslimsk samtalepartner», internt ble ikke rekrutteringen forandret og ønsket om å ansette en imam på lik linje med det forsvaret gjorde da de ansatte en feltimam i 2017 bestod.

At det ble lagt så mye vekt på imamrollen under ansettelse av en muslimsk samtalepartner på OUS og ikke på utdannelse, kompetanse og erfaring, det mener jeg kan være et symptom på manglende kunnskap og kompetanse knyttet til hvordan muslimsk samtalejeneste bør være organisert i Norge. I offentligheten på sykehus er preste- og samtalejeneste livssynsmangfoldig. Spørsmålet jeg har stilt meg selv er: Hvorfor får ikke muslimske kvinner lik mulighet som menn til å jobbe som muslimske samtalepartnere i norske institusjoner? Oslo Universitetssykehus begrunnet ansettelsen i media med at de ønsket en imam fordi de mener at en imam fyller rollen på lik linje som en prest som ivaretar pasienter og pårørendes åndelige og eksistensielle omsorg, og den samme tilliten og tyngde finnes ikke hos en kvinnelig muslim, til tross for profesjonsbakgrunn. En imam kan bety så mye innen islamsk tradisjon og historie. Dette forklarer jeg i flere kapitler i denne masteroppgaven.

Av muslimske samtalepartnere i Norge er fordelingen slik: I 2021 fikk Oslo universitetssykehus (OUS) og Oslos sykehjemsetaten dialogmidler fra Barne- og familiedepartementet til å lyse ut en ettårig prosjektstilling i 30 prosent som muslimsk

samtalepartner og veileder.² Fra før har Helse Bergen ansatt en mannlig sykehusimam i en 50 prosent stilling.³ St.Olavs hospital har ansatt en kvinne som de har kalt en kulturkonsulent i en 40 prosent stilling.⁴

«*Samtaletjeneste for muslimer*» startet våren 2021 og varte fram til januar 2022, det var et samarbeid mellom Muslimsk dialognettverk, Mental helse og Diakonhjemmet omsorg. Formålet var å etablere en åpen informasjons- og samtalejeneste som møter innringere i den situasjonen de står i, med ulike dilemma og etiske utfordringer, reaksjoner på hets og diskriminering, og med en krevende smittesituasjon. Samtaletjenesten var et lavterskel hjelpetilbud.⁵ Etter endt prosjekt konkluderte rapporten med at overraskende få muslimer tok kontakt med samtalejenesten.

Formålet med denne masteroppgaven er å undersøke hvordan kjønnsperspektivet på muslimsk samtalejeneste kommer til uttrykk i møte med enkelte helse og omsorgsinstitusjoner. Jeg har derfor formulert følgende problemstilling:

Hvordan defineres rollen som muslimsk samtalepartner med utgangspunkt i kjønn i norsk helsevesen?

For å besvare min problemstilling, har jeg intervjuet muslimske pasienter og pårørende, samt ansvarlige i preste- og samtalejenestene ved tre ulike helseforetak i Norge. Informantene mine fra helseforetakene snakket på bakgrunn av deres erfaringer, og i kraft av deres posisjon som ledere av samtalejenesten på deres arbeidsplass. Felles for alle mine informanter fra helseforetakene er at de hadde engasjert eller ansatt en muslimsk samtalepartner, en imam eller en kulturkonsulent i ulike stillingsprosent, engasjement, og med ulik bakgrunn fra ulike deler av den muslimske minoriteten i Norge. Dette er en sammensatt gruppe med ulik bakgrunn og trosretning, som tydeliggjøres gjennom oppgaven.

² «Oslo skal få sin første sykehusimam. Fikk drømmen sin knust.» Hentet 18.04.2022

<https://klassekampen.no/utgave/2021-01-22/fikk-drommen-sin-knust>

³«Muhammad er den fyrste sjukehusimamen i Noreg.» Hentet 18.04.2022

<https://www.nrk.no/vestland/muhammad-er-den-fyrste-sjukehusimam-i-noreg-1.13911212>

⁴ «Det viktigste er at avdelingene bruker meg.» hentet 18.04.2022

<https://stolav.no/nyheter/2021/-det-viktigste-er-at-avdelingene-bruker-meg>

⁵ Hentet fra rapporten *Samtaletjeneste for muslimer*, som var et ettårig samarbeidsprosjekt mellom muslimsk dialognettverk, Mental helse og Diakonhjemmet Omsorg.

Et av helseforetakene hadde ikke egen muslimsk samtalepartner, men samarbeidet med et annet helseforetak som hentet inn imamer eller samtalepartnere etter behov. Alle helseforetakene hadde frivillige muslimske samtalepartnere som ble tilkalt etter behov, og som ble avlønnnet med honorar. Alle muslimske samtalepartnere, sykehusimamer eller kulturkonsulenten var tilknyttet et muslimsk trossamfunn, og alle hadde eller har hatt et samarbeid med STL (Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn), som er en paraplyorganisasjon for 15 ulike tros og livssynssamfunn i Norge.⁶

⁶ <https://www.trooglivssyn.no/om-oss/> hentet 26.04.2022

KAPITTEL 3. BEGREPSAVKLARING

3 Begrepsavklaring

Jeg vil her avklare begrep og arabiske ord som er sentrale for problemstillingen og oppgaven. Dette prosjektet tar for seg åndelig og helhetlig omsorg for muslimske pasienter og pårørende, og da er det viktig å forstå hva de ulike begrepene betyr innen islamske tradisjoner, som ofte er ordene og begrepene på arabisk, og er også begreper fra Koranen. Dette for å kunne forstå muslimsk samtaletjeneste fra et islamsk perspektiv. Jeg har valgt å bruke begrepet «åndelig og helhetlig omsorg». Ifølge islamsk tradisjon anbefales en helhetlig og holistisk tilnærming til mennesket. Det betyr at det psykiske, sosiale, psykologiske og religiøse aspektet rundt helsen henger sammen. (Rassool 2016, s.25) Disse heter *nafs* (drift), *aql* (intellekt), *ruh* (sjel) og *qalb* (hjerte), og brukes som en del av islamsk omsorgsarbeid i dag. (Rassool, 2016. S.207) Med dette som utgangspunkt skal jeg først redegjøre kort hva jeg legger i islamsk tradisjon for åndelig og helhetlig omsorg, så litt om muslimer i Norge og deretter ulike arabiske begreper innen islamsk tradisjon, som er relevant for denne masteroppgaven.

3.1 Islamsk tradisjon for åndelig og helhetlig omsorg

Ifølge psykoterapeut Nazila Isgandarova, har islamsk tradisjon for åndelig og helhetlig omsorg rot i Koranen og profetens liv og lære. Det er to hovedord på arabisk som brukes til å definere åndelig og helhetlig omsorg ved sykehusbehandling. Det første er *Shifa* som betyr åndelig helbredelse gjennom bønn og bevisstheten av Allah, og det andre er *Mualija* som betyr (medisinsk) behandling på arabisk. (Isgandarova, 2005, s.89)

Historisk sett begynte muslimske lærde allerede under profeten Muhammads levetid å sidestille mental helse med andre fysiske plager. Mye av det grunnleggende vi kjenner til fra åndelig og helhetlig omsorg i dag er inspirert fra 700-tallet fra den islamske verden. Ifølge islamsk teologi og tradisjon så behandlet blant annet den kjente legen og teologen Al-Ghazali mennesker med fire aspekter som har

inspirasjon fra Koranen og Hadith-litteraturen, disse knytter seg til, som allerede nevnt, *nafs* (drift), *aql* (intellekt), *ruh* (sjel) og *qalb* (hjerte). (Rassool, 2016. S.207)

3.1.1 Muslim chaplaincy

Ifølge professor i interreligiøse studier, Anne Hege Grung, brukes *chaplaincy*-begrepet på engelsk i stor grad som en tros- eller livssynsnøytral betegnelse på personell som er tilknyttet institusjoner, som utfører åndelig og eksistensiell omsorg, samt utfører ritualer overfor brukere, ansatte og pårørende. Grung mener ordet *chaplaincy* har sterke konnotasjoner til kristne tradisjoner og kirker, men brukes i økende grad til å inkludere andre personell fra alle tros- og livssynssammenhenger som utfører tilsvarende arbeid. Ifølge Grung har vi ikke noe eget begrep på *chaplaincy* på norsk, men vi bruker *samtalepartner*, *veileder* og *kulturtolk* som tilsvarende titler. For muslimer brukes gjerne muslimsk samtale-tjeneste. (Grung, 2021, s 368)

3.2 Muslimer i Norge, menneskene bak tallene

Ifølge statistisk sentralbyrå (SBB) var det i 2016 rundt 200 000 muslimer i Norge, men tallene er usikre. De fleste muslimer i Norge har innvandrerbakgrunn. Det eksisterer ingen sikker oversikt over hvor mange muslimer det er i Norge. Antall muslimer estimeres på grunnlag av opprinnelseslandenes religiøse sammensetning. Ifølge SBB er det fordi det ikke finnes noe register i Norge over innbyggers religion, tro eller livssyn. Økningen av antall medlemmer i muslimske trossamfunn har vært jevnt de siste ti årene. Men en del muslimer er ikke medlem av noen moské av ulike årsaker. De føler seg kanskje ikke hjemme i trostolkningen som forkynnes der, det kan være det ikke er en moské i nærheten av der de bor. Det finnes også sekulære muslimer som ikke går i moskéen, fordi de anser sin religion som et personlig forhold som ikke trenger støtte i noen moské. Det kan også være noen medlemmer i moskéer som egentlig ikke har noe forhold til islam, men står som medlemmer av lojalitet eller for å unngå konflikter med familie og omgangskrets. Slike forhold er det vanskelig å tallfeste. I hvilken grad små barn av muslimer meldes inn i en moské, er uklart. (Østby og Dalgard, 2017) Et annet eksempel som aktualiseres og som eksemplifiseres gjennom en av informantene mine som er medlem av et muslimsk

trossamfunn, er universell utforming. Informanten min har aldri vært i en moské, fordi de fleste ikke er tilpasset muslimer som sitter i rullestol. Det har vært en jevn oppgang i antall medlemmer i muslimske trossamfunn i mange år, men tall fra SSB i 2021 viser en nedgang på 7 prosent. «*Dei fleste trus- og livssynsretningar opplevde ein nedgang i talet på medlemmer frå 2020 til 2021. Den største prosentvise nedgangen var i islam, med 7 prosent. Medlemstalet innanfor buddhisme, bahá'i og kristendom har halde seg forholdsvis stabilt i same periode, med endringar på under 1 prosent kvar. Andre trus- og livssynssamfunn har økt med om lag 5 prosent frå 2020 til 2021.*» (Østhus, 2021)

3.3 Arabiske begrep

القرآن Koranen er muslimenes hellige bok. Muslimer tror det er Allah (Gud) som taler i Koranen. Gud henvendte seg til profeten Muhammed gjennom åpenbaringer via engelen Gabriel. Muhammeds liv og lære spiller en viktig rolle for tolkningen av Koranen, og står derfor sentralt i mange muslimers liv. (Skovgaard-Petersen, 2020, s 43)

الحديث En hadith er en kort beretning om noe profeten har sagt eller gjort, og har derfor stor autoritetsstatus i islam rundt spørsmål om teologi, ritualer, eller juridiske spørsmål. (Skovgaard-Petersen, 2020, s. 54)

إمام Imam kan ha mange betydninger på arabisk og innen islamsk teologi. Imam betyr i generell forstand leder, eller en som leder muslimer i bønn. Professor i Midtøsten- og islamstudier Marion Holmes Katz beskriver de ulike betydningene i boken *Prayer in Islamic Thought and Practice* (2013). I følge Katz er en imam en som leder en forsamling i bønn ved å stå først i rekken. Hun presiserer at en imam ikke fungerer som en mediator mellom Gud og mennesker, og har i prinsippet ingen maktposisjon. (Katz, 2013, s 139)

Kari Vogt mener at den grunnleggende forskjellen mellom sunni- og sjiaislam er knyttet til historiske kontekster, og læren om imamen og imamdoktrinen som ble utviklet i århundrene etter profetens død.

I sjiaislam utviklet man gjennom historien egne oppfatninger av religiøs autoritet. Her har ordet imam flere betydninger, enten som en ærestittel direkte nedstammet fra profeten eller som en politisk religiøs leder. (Katz, 2013, s 24) Imam-tittelen brukes i mindre grad, men man bruker *Maulana* (begge kjønn kan ta denne tittelen). (Vogt, 2012, s. 47-48)

الإمامة er det arabiske ordet for *imama*. Det er ulike tolkninger blant muslimer om hvorvidt kvinner kan innta imama-rollen. Katz mener det finnes bevis fra haditer for kvinnelig lederskap, men at de er tvetydige når det gjelder å lede bønn for både menn og kvinner. Mens presedensen for kvinner som leder kvinner i bønn er tydelige, og har en bred aksept i både sunni- og sjiaislam. (Katz, 2013, s 182)

Ifølge forfatter Leena Al-Ali finnes det ingen rettferdiggjørelse i Koranen som gir grunnlag for at kvinner ikke kan innta både imam-rollen og fungere som religiøse ledere i samfunnet. Hun argumenterer med at Koranen gjør det klart at begge kjønn bærer like mye ansvar i å få samfunnet til å vokse. (Al-Ali 2021, s. 75)

I boken til den pakistansk-amerikanske forfatteren og forskeren Asma Barlas, *Beliving Women in Islam, Unreading Patriarchal Interpretations of the Quran* (2011) skriver hun om imamtittelen. Etymologisk er ordet imam i slekt med ordet ummah (samfunn på arabisk) og umm (mor på arabisk). Termen imam er kjønnsnøytral. Først og fremst brukes imam som en leder i religion, eller leder for fellesbønn. (Barlas, 2011, s. 115)

خدمة er det arabiske ordet, *khidmah*, for å tjene. Ifølge mastergradoppgaven i diakoni skrevet av Ahmed Polat ved Aarhus universitet, er *khidmah* en integrert del av den islamske tradisjonen. *Khidmah* kan oversettes til ord som tjeneste eller tjenesteytelse. Begrepet *khidmah* kan forstås som en form for diakoni. Ifølge *Store norske leksikon* bruker Jesus begrepet diakonos («tjener») om seg selv i Det nye testamentet. Det fortelles også om den første menighets utvelgelse av de første diakoner som skulle ta seg av alt hjelpearbeid i menigheten og også være sjelesørgere. Diakonien har vært en del av kristendommens historie, mer eller mindre synlig, blant annet i klostrenes virksomhet. (Haugen, 2018, s.13)

I dag brukes diakoni om kirkens omsorgstjeneste, og kommer til handling og uttrykk gjennom «nestekjærlighet, inkluderende fellesskap, vern om skaperverket, og kamp for rettferdighet.» (plan for diakoni: DNK, 2020)⁷ Polat mener at *khidmah* kan som diakoni forstås som en tjeneste for menneskeheten. *Khidmah* er en type forpliktelse som er en integrert del av muslimsk kultur der religionen som motiverer og driver denne form for tjeneste. (Polat, 2020, s.54-55) Professor i interreligiøse studier og muslimsk samtaletjeneste Ataulah Siddiqui mener at begrepet *khidmah* burde bli en integrert del av muslimsk samtaletjeneste med henvisning til det islamske begrepet for tjeneste (*khidmah*), basert på ideen om at Koranen er helbredelse og barmhjertelighet⁸.

رحمة Direkte oversatt betyr *rahmah* barmhjertelig. Den som reflekterer *rahmah* behandler deg med sympati og medfølelse. *Rahmah* har flere betydninger. Ordet *rahm* (livmor) på arabisk stammer fra Allahs navn *al-rahman*, den barmhjertelige. I tillegg til at familier er forbundet med hverandre gjennom en livmor. Profeten sa i en *hadith* «ordet livmor kommer opprinnelig fra guds navn *al-Rahman*» (Gillat-Ray, Ali og Pattison, 2013, s. 29) Ataulah Siddiqui mener *rahmah* betyr både barmhjertighet og medfølelse for medmennesker og burde integreres som en del av muslimsk samtaletjeneste.⁹

Jeg har i dette kapitlet redegjort for hva jeg legger i islamsk tradisjon for åndelig og helhetlig omsorg. Jeg har også redegjort for sammensetning av muslimer i Norge og deretter forklart ulike arabiske begreper innen islamsk tradisjon. I neste kapittel tar jeg for meg metodedelen der jeg skal presentere valg av tema, intervju og utvalg, så kort om forskerposisjon og reflektere over min forskerposisjon og til slutt validitet, reliabilitet og forskningsetikk.

⁷ Plan for diakoni i Den norske kirke, hentet 09.05.2022 <https://ressursbanken.kirken.no/nb-NO/2020/plan-for-diakoni/>

⁸ Fra rapporten *Conference report. Muslim chaplaincy in Europe and North America* side 14, hentet: 20.02.2022 <https://aiwg.de/wp-content/uploads/2019/07/AIWG-Conference-Report-Muslim-chaplaincy.pdf>

⁹ Fra rapporten *Conference report. Muslim chaplaincy in Europe and North America* side 14, Hentet 20.02.2022, <https://aiwg.de/wp-content/uploads/2019/07/AIWG-Conference-Report-Muslim-chaplaincy.pdf>

KAPITTEL 4. METODE

I dette kapitlet skal jeg redegjøre for valg av metode jeg har benyttet meg av for å besvare problemstillingen. Jeg skal også oppsummere noen forskningsetiske utfordringer, samt forskerposisjonering. Jeg har valgt å støtte meg til Steinar Kvale og Svend Brinkmanns bok *Det kvalitative intervju* (2009). Boken gir innsiktsfulle råd om hvordan man best kan ivareta de enkelte fasene i en intervjuundersøkelse. Brinkmann og Kvale beskriver betydningen av ordet metode som veien til målet. (Kvale og Brinkmann - 2009, s. 121)

4.1 Valg av tema

I tillegg til min faglige interesse for muslimsk samtaleteneste, islam og psykologi, valgte jeg dette temaet for å utvide både forståelsen og tolkningsrommet i hva muslimsk samtaleteneste er og blir oppfattet som. Jeg har primært vært interessert i å belyse og diskutere problemstillingen fra et faglig perspektiv, samt fra en insider og en outsider posisjon.

I masterstudiet *Lederskap, etikk og samtalepraksis* har vi hatt fokus på sammenhengen mellom teori og praksis innen religiøst og livssynsmessig lederskap og samtalepraksis/chaplaincy. Vi har satt oss inn i ulike sjelesorgtradisjoner, ulike former for dialogteorier, og refleksjoner over profesjonsetikk og rolleforståelse.

Jeg har funnet min plass i muslimsk sjelesorgtradisjon. Da jeg begynte på masterstudiet høsten 2020 følte jeg at jeg kom nærmere mine faglige interesseområder. Jeg har alltid hatt en holistisk tilnærming til islam, og problematisert at denne tilnærmingen er et manglende aspekt ved den dominerende islamforståelsen i vesten og den islamske verden. Dette er noe jeg ønsker å finne ut ved å blant annet spørre mine informanter om de har erfaring, kunnskap og meninger om den islamske tradisjonen for åndelig og helhetlig omsorg.

Som jeg har forklart i bakgrunnskapitlet har man de siste 10-15 årene utvidet tilbudet om samtaleteneste fra ulike tro- og livssynstradisjoner blant annet i helse og omsorgsinstitusjoner. Fagfeltet som omhandler islamsk samtaleteneste eller islamsk omsorgsarbeid er lite forsket på i Norge, og mange av disse tjenestene foregår på frivillig basis.

I en fagrapport «*Omsorgsarbejde for muslimer på hospitaler i Sverige, Norge og Danmark*» (2019) skriver dansk sykehusimam og stipendiat ved Det teologiske fakultet Naveed Baig at STL i 2009 pekte på behovet for å utvide tros og livssynsbetjening på norske sykehus for å sikre likeverdig tro- og livssynstilbud.¹⁰

4.2 Intervju og utvalg

Jeg har valgt kvalitativ metode som man finner i den fenomenologiske tradisjonen. Ifølge Kvale og Brinkmann er denne tradisjonen opptatt av hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden, ut fra informantenes egne perspektiver. (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 33) Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden ut fra intervjupersonens side, og kan gi spesielle tilganger til menneskers grunnleggende opplevelse av sin livsverden. Her vektlegges intervjupersonenes fortolkning av mening med fenomenene de beskriver. (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 43)

I og med at Den norske kirke har hatt det overordnede ansvaret og monopol på preste- og samtaletenesten i offentlige institusjoner i Norge, har det vært et naturlig utvalg å henvende seg til. Disse ble rekruttert ved at jeg ringte tre store helseforetak i Norge og spurte om ledere for preste- og samtaletenesten ville stille opp som informanter.

Det andre utvalget av informanter er muslimer som har vært eller er pasienter og pårørende. Dette utvalget ble rekruttert via sosiale medier. Selv om det muslimske

¹⁰ <https://www.tf.uio.no/forskning/forskergrupper/interreligios/fagrapporter/fagrapport-naveed-baig.pdf>
En større religionspolitisk kortlægning af det mangfoldige Norge blev lavet i 2009, hvor STL udgav "Livsfaseriter. Religions- og livssynspolitiske udfordringer i Norge", 2009.

miljøet i Norge er lite, er ingen av dem i min sosiale omgangskrets. På bakgrunn av mitt samfunnsengasjement og min rolle i det offentlige kan jeg ikke vite sikkert at ikke noen av informantene kjenner til meg og mitt arbeid, eller har henvendt seg til eller møtt meg tidligere i forbindelse med seminarer og andre offentlige arrangementer. Det har vært viktig for meg å primært finne informanter jeg ikke har møtt eller har noe forhold til. Mine informanter som er muslimske pasienter og pårørende representerer et bredt utvalg i det muslimske miljøet. Det var to menn og tre kvinner. De hadde ulikt kunnskapsnivå om islam, og ulik utdanningsbakgrunn. To hadde helsefaglig bakgrunn, en religionsvitenskapelig, en økonomisk og en bakgrunn fra bygg- og anleggsgfag. De representerte altså ulike kjønn, alder og etnisitet. To møtte jeg via zoom, en på egen arbeidsplass og de to siste på et forhåndsbooket møterom på universitetet i Oslo. Disse informantene er enten medlem eller har vært medlem av et muslimsk trossamfunn. Siden oppgaven handler om muslimsk samtaletjeneste i helsevesenet valgte jeg å søke i grupper av, og for muslimer på Facebook og Snapchat. Jeg lagde en plakatt (vedlegg 2) med en informativ tekst som forklarte tydelig formålet med oppgaven. Utvalget mitt er lite, men det driver problemstillingen min. Jeg kan ikke med sikkerhet si at mitt utvalg er representativt for alle norske muslimer, jeg er klar over at et annet utvalg kunne gitt meg helt andre svar. Det vil jeg komme tilbake til i drøftingen.

Selv om mange av koronarestriksjonene var lettet den første delen av våren 2022 under gjennomføringen av de første intervjuene, måtte jeg ta høyde for at smittetallene fortsatt lå noe høyt og at det var mye sykdom og fravær. Halvparten av intervjuene har blitt gjennomført via zoom, og resterende halvpart ved personlig oppmøte. Intervjuene varte alt fra 35 minutter til en time. Jeg hadde to typer intervjuguidere (se vedlegg 2 og 3). Jeg hadde et sett med spørsmål til muslimske pasienter og pårørende, og et annet sett til helseforetakene. Intervjuguidene var delt opp i seks til syv temaer, med tilleggsspørsmål. Temaene for intervjuene med pasienter og pårørende omhandlet kunnskap og erfaring med muslimsk samtaletjeneste, åndelig og helhetlig omsorg fra et islamsk perspektiv, kjønn og representasjon, forholdet mellom prest og imam, samt tilsyn og ansvar.

Til informantene fra helseforetakene, som hadde ansvar for samtalejenesten, hadde jeg samme tema, men med noen tilpasninger. Jeg la til spørsmål knyttet til tilbud om muslimsk samtalejeneste, eventuelle ansettelsesprosesser, samt refleksjoner rundt profesjonsetiske retningslinjer og profesjonsetikk. Jeg ønsket også å høre erfaringer og tanker rundt hva som ble vektlagt i arbeid med muslimsk samtalejeneste i deres institusjoner, og om sendertilhørighet. Jeg la også til spørsmål om hva slags tilbud muslimske pasienter og pårørende får dersom de ikke ønsker å snakke med en imam. Informantene mine med muslimsk bakgrunn har fått fiktive navn, kvinner: Zahra 30-årene, Yasmin 50-årene og Kadija 30-årene, og menn: Adam 20-årene og Hussain 40-årene. Alle bor i Oslo og Viken. Informantene har forskjellig utdanningsbakgrunn og kommer fra forskjellige trostradisjoner. Helseforetakene har fått navnet «Helseforetak 1,2,3». Den norske kirke har hatt ansvar og monopol på preste- og samtaletilbudet i helse og omsorgsinstitusjonene. Informantene her er intervjuet i kraft av sin rolle som ansvar for samtaletilbudet der de jobber.

4.3 Forskerposisjon

Jeg har både et innenfra- og utenfra perspektiv i denne oppgaven. I tillegg til å engasjere meg i den offentlige debatten om muslimsk samtalejeneste har jeg skrevet fagartikler om islamsk omsorgsarbeid fra ulike innfallsvinkler. Jeg har valgt å skrive ut fra et kjønnsperspektiv med bakgrunn i at jeg er selv en muslimsk kvinne og en minoritet. Jeg opplever man lett faller mellom to stoler i spørsmål om å være på både innsiden og utsiden i debatten rundt religion i Europa og Norge. Med innsiden mener jeg det å være en muslimsk kvinne og en minoritet, og på utsiden mener jeg som ikke medlem av et muslimsk trossamfunn.

I antologien *The Insider/Outsider Debate. New Perspectives in the Study of Religion fra 2019*, ses det nærmere på spørsmål om posisjon i religionsstudier, nye akademiske tilnærminger til religion, levd religion, å være åndelig, men ikke troende, å tro, men ikke tilhøre og andre religiøse identiteter, som eksempel på side 53 i kapittelet «*The death pangs of the insider/outsider dichotomy in the study of religion.*»

«It will show how the insider/outsider framework has a particular applicability within the study of religion and the degree to which the «classic» understanding of this model has come under challenge in recent decades, especially with the focus on Islam and Muslim studies, that has captivated policy makers, media and academics and provided a sharp forum for the examination of field ethics, insider/outsider categories and framing of «objectivity» in traditional social science paradigms. Muslims now studying their own communities and lived religious experience by drawing upon the subjectivities of religious traditions to develop new paradigms of research ethics and methodologies that can result from further deconstructing of insider/outsider belonging.» (Geaves, 2019, s. 53)

Jeg har både en insider og outsider posisjon. Selv om jeg er muslim og jobber med muslimsk samtalejeneste betyr ikke det at jeg fullt ut vet hva muslimsk omsorgsarbeid/samtalejeneste er. Det innebærer at jeg har stor kjennskap til feltet og vet hvor skoen trykker i kraft av det å være muslim. Jeg har også en insiderposisjon i forhold til det å være pasient og pårørende med muslimsk bakgrunn. Jeg har en outsider erfaring når det gjelder å være ansatt i muslimsk samtalejeneste og i tillegg så er jeg ikke en prest. Jeg har tatt høyde for at det er flere perspektiver på en insider/outsider posisjon som jeg ikke har vært oppmerksom på. Muslimske pasienter og pårørende har en insiderposisjon til islamsk omsorgspraksis, mens en som ansetter en muslimsk samtalepartner vanligvis har en outsider posisjon, og kan betraktes som utenforstående i henhold til kunnskap om islamsk omsorgspraksis.

Jeg har vært bevisst på min rolle, og min posisjon, og prøvd å holde en objektivitet i intervjuene og i oppgaven. Kvale og Brinkmann tar forskerens rolle opp i boken *Det kvalitative forskningsintervju*. «Forskerens rolle som person, forskerens integritet er avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskap og de etiske beslutninger som treffes i kvalitativ forskning.» (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 92)

Nina Hoel tar også opp det med insider/outsider rollen innenfor forskningsfeltet. «*a researcher is never fully an insider, nor never fully an outsider. By moving like a pendulum along the insider/outsider continuum, a shifting interactional process in which the relationship between the researcher and the respondent is formed, there is an opportunity to explore the multiple subjectivities of both researcher and*

respondent.» (Hoel, 2019, s 91) Ifølge Hoel ser grensen ut til å være flytende mellom å være insider/outsider. Jeg har bevisst prøvd å innta en rolle der jeg kontinuerlig reflekterer over min rolle og min posisjon. Jeg anser meg selv som praktiserende muslim, tilhørende den sjislamske tradisjonen. Jeg har hatt tilknytning til et trossamfunn mer eller mindre 20 år, men har ikke det lenger. Min familie har flyktningbakgrunn fra Irak, og jeg er selv født i Irak, men vokst opp i Oslo, i et flerreligiøst mangfold. Mitt syn på islam er basert på koranens egalitære grunntanke, og den tankegangen er en sterk motivasjonsfaktor til oppgavens problemstilling.

4.4 Validitet og reliabilitet

Reliabilitet henviser til hvor pålitelig resultatene er, og validitet vil si hvor vidt en intervjustudie undersøker det den er ment å skulle undersøke. (Kvale og Brinkmann 2009, s. 118) Jeg er ute etter informantenes erfaringer, for å kunne diskutere problemstillingen min. Jeg har vektlagt hvordan kjønnsrollen defineres i muslimsk samtaletjeneste i møte med helsevesenet, på min posisjon og hva jeg vektlegger i forhold til andre, livstolkningers tro og livssyn kan påvirke resultatet.

Min problemstilling dreier seg om hvordan rollen som muslimsk samtaletjeneste defineres med utgangspunkt i kjønn, og i tolkning av svarene fra mine informanter er det viktig å være oppmerksom på om svaret kan generaliseres. Det vil si kan utsagn fra mine informanter med muslimsk bakgrunn gjelde for alle muslimer i Norge? Jeg er også klar over at min posisjon kan påvirke spørsmålene og hvordan min virkelighet i forhold til andres virkelighet oppleves, samt hva jeg gjør med denne informasjonen. Det er ikke sikkert min analyse kan være overførbart til en større gruppe, men det er heller ikke formålet, det gir grunnlag til å diskutere problemstillingen.

Reliabilitet har noe med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre. Reliabilitet behandles ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere. Dette har noe med om informanten ville endre sine svar i et intervju med en annen forsker. (Kvale og Brinkmann 2009, s. 250)

Slik jeg opplevde mine informanter, uttrykte de seg på en reflektert og grundig måte. Noen visste ikke hva de skulle svare, mens andre av informantene mine hadde førstehåndskunnskap om muslimsk samtaletjeneste. Samtidig har jeg reflektert over om jeg kan ha en subjektiv holdning til det mine informanter kommer med. I samtaler om religion og livssyn kan vi være preget av forestillinger som dannes av livserfaringer, det kan påvirke en intervjusituasjon. Som nevnt har jeg vært bevisst på enhver intervjuer kan prege informantene gjennom at de for eksempel svarer ut fra hva de tror jeg er ute etter. På det relasjonelt plan har både jeg og det utvalget av mine informanter med muslimsk bakgrunn, ville jeg fått samme svar om jeg spurte en

prest? Av de informantene som jeg møtte via zoom kunne også kroppsspråket og tillit til om jeg eller de satt alene under intervjuene også påvirket svarene jeg fikk. Når man sitter bak en skjerm og utfører intervjuer via zoom er det vanskelig å lese kroppsspråket.

4.5 Forskningsetikk

Den forskningsetiske problematiseringen begynte allerede ved tematisering av denne forskningsoppgaven. Siden deler av forskningen min dreide seg om spørsmål om tro- og livssyn, og snakke med pårørende og pasienter krevde det strenge personvernkrav og regler for å få godkjent oppgaven, det innebar at jeg måtte innhente godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). I februar 2022 fikk jeg godkjenning fra NSD (vedlegg 1).

Kvale og Brinkmann tar opp forskningsetiske problemstillinger gjennom hele intervjuprosessen. «Etiske problemer i intervjuforskningen oppstår på grunn av de komplekse forholdene som er forbundet med å utforske menneskers privatliv og legge beskrivelsene ut i det offentlige.» (Kvale og Brinkmann 2009, s. 80)

De forskningsetiske problemstillingene som har preget hele forskningen min medfører et ansvar for meg som forsker og jeg har tatt hensyn til ting som er komplekse og gjort kontinuerlige overveielser. Jeg har ikke delt detaljerte forklaringer på sykdomshistorien og tatt hensyn til personvern.

Informantene som var pasienter og pårørende har vist meg tillit og har delt en sårbar del av sitt liv og sin verden for meg. Noen av intervjuene har preget meg, og det har vært vanskelig å være i rollen som forsker og som lytter. Jeg har hele tiden vært oppmerksom på verdispørsmål og etiske spørsmål og dilemmaer som kan oppstå under intervjuet. Som forsker har jeg et ansvar overfor alle personene som har deltatt i min forskning. Jeg forsøker å være bevisst på deres menneskeverd og tatt hensyn til deres integritet, personvern og sikkerhet. Det medfører et stort ansvar og myndighet og jeg har forvaltet denne tilliten etter beste evne. Alle mine informanter er anonymisert og har gitt informert, skriftlig samtykke (se vedlegg). Alle informantene fikk anledning til å lese gjennom det ferdig transkriberte intervjuet for kommentarer. De etiske problemstillingene har preget hele forløpet mitt til slutten.

I dette kapitlet har jeg diskutert metodedelen hvor jeg har presentert valg av tema, intervju og utvalget av mine informanter. Jeg har gjort rede for min forskerposisjon, og diskutert validitet og reliabilitet og til slutt forskningsetikk. I neste kapittel, det femte vil jeg presentere den teoretiske delen jeg mener favner min problemstilling.

KAPITTEL 5. TEORI

Det finnes lite forskning på muslimsk samtaleteneste i Norge. Jeg ønsker å bidra til dette, med fokus på kjønn og profesjonsetikk.

Dette kapitlet vil i hovedsak omhandle teorier som lar meg diskutere og belyse min problemstilling knyttet til definering av rollen som muslimsk samtalepartner med utgangspunkt i kjønn i norsk helsevesen. Jeg vil presentere tidligere forskning på feltet muslimsk samtaleteneste, samt kjønnsperspektivet. Jeg kommer i hovedsak til å trekke frem forskning fra europeiske land, men også relevant forskning fra USA og Canada. I underkapitlet om kjønnsperspektiv vil jeg også presentere religiøst lederskap, islamsk feminisme og imamtittelen i en kjønnnet diskurs og hvorfor det er viktig med kjønnsrepresentasjon i ulike yrker. Avslutningsvis presenterer jeg profesjonsetiske retningslinjer, og profesjonsetisk teori, med hovedfokus på Sven Aage Christoffersens bok *Profesjonsetikk, om etiske perspektiver i arbeid med mennesker* (2019). I teorikapitlet vil jeg presentere forskjellige teorier og perspektiver som jeg mener vil belyse tematikken og problemstillingen min.

5.1 Tidligere forskning

Innen internasjonal forskning finnes det mange gode studier som tar for seg muslimsk samtaleteneste i helsevesenet. Det mest omfattende og dyptgående studiet innen dette feltet i Europa mener jeg har blitt gjort av Sophie Gillat-Ray, Mansur Ali og Stephen Pattinson i boken *Understanding Muslims Chaplaincy* (2013). Boken viser hvordan religion i form av åndelig og eksistensiell omsorg har en viktig plass i møte med helsevesenet, samt religionens plass i andre offentlige institusjoner.

Det finnes mye forskning og studier rundt kjønnsroller og kjønnsperspektiv på religion og teologi. I vestlig diskurs brukes begrepene kvinneteologi og feministisk teologi om hverandre. Ifølge Store norske leksikon er kvinneteologi og feministisk teologi tilnærmet det samme: «*Betegnelsen på den teologiske refleksjon og praksis som vil fremme kvinners frigjøring og likestilling i kirke og samfunn. Kvinneteologien inngår i*

et større sosialt og vitenskapsteoretisk oppbrudd, der stemmer fra historiens og samfunnets underside, som tradisjonelt ikke har vært tilkjent talerett, tar ordet. De krever at deres erfaring og innsikt er like relevant som den tradisjonen som har bidratt til å undertrykke og usynliggjøre dem, og de ønsker et oppgjør med en slik tradisjon.» (Seim, 2019)

Storbritannia har institusjonalisert muslimsk samtalejeneste ved offentlige universiteter der både kvinner og menn kan bli sertifiserte innen *chaplaincy*. Men kjønnsperspektivet og representasjon av kvinner er fortsatt et problem. I en annen rapport fra 2019, fra konferansen *Muslim chaplaincy in Europe and North America*, der representanter fra ulike land og fagpersoner var til stede, diskuteres blant annet kjønnsperspektivet innen muslimsk samtalejeneste. I rapporten som oppsummerer konferansen var kjønnsrollen en del av de tre viktigste hovedtemaene. Muslimsk samtalejeneste eller *muslim chaplaincy* er fortsatt i høyeste grad et mannsdominert yrke ifølge rapporten. Professor Ingrid Matteson presiserer at det resulterer i en oppfatning av at rollen som muslimsk samtalepartner kun kan fylles av menn. Hun argumenterer med at begrepet imam ofte brukes som et synonym for muslimsk samtalejeneste. Tjenesten muslimsk samtalepartner bør gjenspeile mangfoldet og kjønnsrepresentasjonen som råder i muslimske miljøer avsluttet Matteson.¹¹

5.2 Islamsk tradisjon for åndelig og helhetlig omsorg

Ifølge boken til Gillat-Ray m.fl (2013) har ikke åndelig og helhetlig omsorg vært en systematisk del av islams tradisjon, men mer som en implisitt del gjennom Koranen og Hadith-litteraturen, både innen sjia- og sunniislam. Det pekes på i boken *Understanding Muslim chaplaincy* (Gillat-Ray, Ali, og Pattison, 2013). Det er profeten Muhammeds liv, lære og funksjon som man innenfor islamsk tradisjon anser som veiledning på hvordan åndelig og helhetlig omsorg skal være i praksis. Muslimer tror på Guds enhet, koranen og profeten Muhammad som Guds siste sendebud og som veileder til menneskeheten. Det er gjennom Gud, koranen og profeten Muhammad

¹¹ Rapporten fra konferansen *Muslim chaplaincy in Europe*, side 16. Hentet 21.02.2021
https://aiwg.de/wp-content/uploads/2019/07/AIWG-Conference-Report_Muslim-chaplaincy.pdf

man finner roten og inspirasjon til islamsk perspektiv på åndelig og helhetlig omsorg. (Gillat-Ray m. fl, 2013, s. 25) Det er gjennom profetens ikke-dømmende handlinger i møte med mennesker, muslimske samtalepartnere kan hente inspirasjon for åndelig og helhetlig omsorg til sine klienter, og i institusjonene i møte med mennesker uavhengig av kjønn, religion, bakgrunn og legning. Profeten selv pleide å besøke syke og eldre, og oppfordret sine følgere til å gjøre det som blir beskrevet som en form for *khidmah*. Gillat-Ray, Ali, og Pattison skriver videre at for muslimer har koranen helbredende effekt, det å lese og resitere guds ord. Å lese *Koranen* ses på som en kilde til helbredelse. «*O mankind! The advice has come to you from your Lord and a cure for the hearts, and guidance and mercy for believers, Koranen 10:57.*» (Gillat-Ray mfl., 2013, s. 31-32)

I en fagrapport fra den danske sykehusimamen Naveed Baig «*Omsorgsarbejde for muslimer på hospitaler i Sverige, Norge og Danmark*» (2020) forklarer han hva islamsk tradisjon for åndelig omsorg har vært. Baig mener at det i motsetning til kristendommen der tradisjonen for sjelesorg har vært en systematisk del av kirkens arbeid, ikke finnes en lik tradisjon for institusjonalisert åndelig og helhetlig omsorg i islam. Han peker på flere årsaker til dette. Baig forklarer at det ikke er én enkel myndighet som kan definere Guds ord. Imamrollen er desentralisert og islam er ikke hierarkisk bygd. Alle muslimer har et personlig ansvar for å tilegne seg egen visdom og praktiseringen av troen. Det gjelder også å besøke syke, der det ikke har vært noe praksis at den oppgaven faller innunder ansvaret til en lærd eller en sjelesørger. Familiens rolle er sentral og tradisjonelt sett har de også hatt omsorgsplikten innen islam. Baig skriver vider at med de sosiale forholdene og endringer av samfunnsstrukturene, mener flere lærde at å ta seg av de syke, gamle og trengende er en del av samfunnsplikten for muslimer. (Baig, 2020, s. 8-9)

Det betyr ikke at det ikke har eksistert institusjoner for åndelig og helhetlig omsorg i islamsk historie mener Baig. (Baig, 2020, s. 6-7). I begynnelsen av de syvende århundre ble de første sykehusene kjent som *Bimaristan* bygget blant annet i Bagdad, Kairo og andre deler av den islamske verden med. Moskeer og kapeller var ofte bygget tett opp mot sykehusene. (Baig, 2020, s. 6-7)

Ifølge artikkelen «*Islamic Pastoral Care and the Development of Muslim Chaplaincy*» (2018) har åndelig og helhetlig omsorg vært en del av den islamske tradisjonen siden profetens levetid. Da profeten levde presiserte han stadig at det var viktig å besøke de syke, gamle, de i nød og tilby helhetlig omsorg. Denne plikten ble blant annet presentert av profeten Muhammed gjennom metaforen om å være en hyrde (ra'î), som betyr å ta vare på flokken sin. Det kan være din familie, nabo, og samfunnet ellers. Beretninger om profeten forteller at han har sagt at alle er hyrder og alle har et ansvar for sin egen flokk. (Ansari og Long, 2018, s 110)

5.3 Kjønnroller i muslimsk samtalejeneste, makt, feminisme og patriarkalske tolkninger

Diskusjonen om den muslimske kvinnens plass i samfunnet har preget mange tekster, bøker, debatter og møteplasser gjennom historien. Det er mange forskjellige kjønnsperspektiver som kunne vært relevant for denne forskningsoppgaven. I dette kapitlet har jeg tatt utgangspunkt i forskning fra Norge og internasjonalt. Internasjonal forskning viser at muslimsk samtalejeneste i høyeste grad er et mannsdominert yrke. Det er nærliggende å tro at de samme strukturene også finnes i Norge. Tittelen på kapitlet her mener jeg belyser min problemstilling fra flere perspektiver.

Gillat-Ray, Ali, og Pattison har problematisert kjønnsperspektivet innen muslimsk samtalejeneste i boken *Understanding Muslims Chaplaincy* (2013). Spørsmål har vært om muslimske samtalepartnere trenger å være utdannet som religiøse ledere eller lærde innenfor sin moske eller trossamfunn. Lederskapsrollen i muslimske trossamfunn i store deler av Europa har utelukkende vært forbeholdt menn. Kvinner som har blitt rekruttert innen muslimsk samtalejeneste har kommet fra andre yrkessammenhenger som sosialt arbeid, sykepleiere og rådgivere. Et annet problem som trekkes inn i boken er at kvinner som har vært med på undersøkelsen boken belyser, mangler nettverk og støtte i muslimske trossamfunn. (Gillat-Ray m.fl, 2013, s. 115) Andre problemstillinger som problematiseres i boken, etter erfaringer fra Storbritannia er at kvinner i muslimske miljøer ofte har trukket seg delvis eller helt fra arbeidslivet etter å ha stiftet familie. Kjønnroller og varierende tilnærminger til

religiøse verdier, der mannlige muslimske samtalepartnere ikke er vant til å jobbe med det motsatte kjønn blir også belyst som en utfordring. (Gillat-Ray m.fl, 2013, s. 116)

I doktorgradsavhandlingen *Translating Islamic Authority: Chaplaincy and Muslim Leadership Education in North American Protestant Seminaries* (2016) presenterer Sajida Jalalzai, doktor i islamske studier, meninger rundt kvinnelig religiøs autoritet. Mangel på muslimske kvinners offentlige lederstillinger skriver Jalalzai bidrar til fremmedgjøring av kvinner som religiøse ledere. Videre mener hun at disse forskjellene fører til et skjevt syn på eksisterende lederskap, en nedgang i samfunnsdeltakelse og opprettholdelsen av uvitenhet om kvinners religiøse rettigheter og ansvar. (Jalalzai, 2016, s. 237)

I samfunnet vårt vet vi noe om betydningen av kjønnsrepresentasjon for alle i ulike kontekster. I religiøs kontekst kommer det særlig tydelig fram og er et stort spenningsfelt. Muslimske trossamfunn har fått mye kritikk for å være lite representativt når det kommer til kjønn iblant annet styrer. I ytterste konsekvens kan den manglende representasjonen føre til at rollen som muslimsk samtalepartner blir definert ut fra representasjon.

I en fagartikkel som peker på kvinnerepresentasjon i muslimske trossamfunn «*Islamic feminism: Leadership Roles and Public Representation*». Mener forfatter Haifaa Jawad at spørsmålet om kvinners deltagelse i det offentlig, ofte handler om muslimske kvinner er i stand til å påta seg lederroller og autoritet. Videre mener hun at gjennom store deler av islams historie har kvinnelig lederskap blitt problematisert, og at gapet mellom kvinner og menn dessverre er dypt forankret i patriarkalske tolkninger. (Jawad, 2009, s.8)

Mange rettferdiggjør muslimske kvinners utestenging fra nøkkelposisjoner på bakgrunn av patriarkalske tolkninger i islam, og andre mener det i stor grad er på grunn av sosiokulturelle og økonomiske settinger i samfunnet. Hva sier historien om muslimske kvinners posisjon i den den islamske verden? Videre i mitt teoretiske grunnlag viser at det fremdeles i stor grad preget av en patriarkalsk tilnærming.

Masooda Bano og Hillary E. Kalmbach har redigert en utgivelse om religiøst lederskap i en kjønnet diskurs: «*Women Leadership and Mosques, Changes in Contemporary Islamic Authority 2012*» Kalmbach skriver innledningsvis at man de siste tre tiårene har sett en signifikant økning i antall kvinner som inntar ulike roller innen religiøst lederskap og autoritet i islam. Kvinner i store deler av den islamske verden har blitt lærde, imamer, lærere, og tolker religiøse tekster offentlig. Selv om muslimske menn nærmest har hatt monopol på offentlig religiøst lederskap i ulike former i store deler av islamsk historie, har man sett et økende antall kvinner som utfordrer den type maktstruktur. Tradisjonell autoritet legitimeres gjennom å revidere med samme struktur og logikk mener Kalmbach. (Kalmbach, 2012, s 3)

Kalmbach skriver videre at religiøs autoritetsforståelse manifesterer seg på en kompleks måte. Til forskjell fra kristendommen har islam en veldig flat og desentralisert struktur og ikke hierarkisk bygd. Fraværet av en leder betyr ikke at det ikke har vært en tradisjon med religiøst lederskap i islam. Men lederskap har vært basert på veiledning av for eksempel bønn, ritualer og resitering fra koranen. Gjennom islams 1400 år gamle historie har lederskap og religiøs autoritet kommet i form av kalif (leder), mufti, alim (lærde), imamer (bønneledere) og qadi (dommer). (Kalmbach, 2012, s 3-4) Kvinner inntok disse rollene i tidlig islamsk historie, men møtte mye motstand, selv om de har vært med å forme islamske tradisjoner. De hadde en rekke fremtredende roller, både som formidlere av hadith-litteraturen, imamrollen, som lærde og som rituelle og fortolkende autoriteter. Muslimske kvinner har også bidratt til en rekke reformbevegelser, de har krevd mer plass, og bidratt til nytolkninger av kvinnenenes posisjon som religiøse ledere i islam. (Kalmbach, 2012, s 16-17)

Detta peker Asma Barlas på når hun skriver om likestilling i en patriarkalsk setting i boken *Beliving women in islam: unreading patriarchal interpretations of the Quran 2002*. Hun mener at koranen ikke avviser kjønnsroller, men snakker om ulike roller for menn og kvinner ut fra sin tidsånd. Men Barlas mener det ikke ugyldiggjør koranens overordnede budskap om likestilling og likeverd. Hun peker på hvilke sosial, kulturell og historisk kontekst muslimer har tolket Koranen i, og produsert

religiøs kunnskap når det kommer til kvinnerollen. Spesielt mener hun kjønnspektivet reflekterer sosiale maktforhold og menns synspunkter som ofte blir hørt. I følge Barlas overskygger slike tolkninger koranens egalitære aspekt og budskap. (Barlas, 2011, s. 199)

Slik jeg forstår dagens islamske diskurs er det en politisk og religiøs elite som institusjonaliserer en spesifikk form for tolkning som blant annet vil ekskludere muslimske kvinners deltagelse i storsamfunnet på lik linje med menn, med islam som legitimeringsfaktor. Makt og kunnskap går igjen som en rød tråd.

Den franske filosofen Michel Foucault er kjent for å ha beskrevet sammenhengen mellom makt og kunnskap og fremveksten av moderne institusjoner og disse institusjonenes kombinasjon av kunnskap og makt. Han var opptatt av moderne institusjoners kombinasjon av makt og kunnskap, og makt i arbeid for sosial kontroll og disiplin. Foucault fremhevet hvordan vitenskapens språk, som kunnskapen uttrykkes i, både blir styrende og ekskluderende. Det blir styrende ved at en dominerende tenkemåte i en epoke kommer til uttrykk i et bestemt «blikk», som former forståelsen og danner rammer for videre produksjon av kunnskap, sosial kontroll og makt. (Christoffersen, 2019, s. 35) Vi ser hvordan Foucault er opptatt av makt utspiller seg i spørsmålet om kjønn.

Det er kanskje vanskelig å tolke religiøse skrifter i forhold til dagens samfunn. Religion utgjør en stor del av menneskers overbevisning, og det kan brukes både til å ekskludere og inkludere og påvirke hvordan vi produserer kunnskap om religiøse tradisjoner.

Professor Anne Hege Grung skriver i kapittelet «*Dialog og feminisme*» i boken *Dialogteologi på norsk (2016)* om spørsmål knyttet til kjønn og makt. Hun peker på forandringer som har skjedd de siste tiårene der spørsmål knyttet til kjønn og kvinner har trådd fram som noe de religiøse tradisjonene må forholde seg til. Både jødedommen, kristendommen og islam har klassiske patriarkalske tradisjoner og holdninger som har blitt reproduisert jevnlig. (Grung, 2016, s. 197)

«Man kan ikke isolere kjønn og kvinner fra teologiens kjernesporsmål og omgjøre det til et tematisk attributt, fordi man ikke kan velge om kvinners menneskerettigheter eller kvinners deltagelse er viktige eller uinteressant. Å bruke begrepet kjønnsrettferdighet teologisk mener Grung at man må tenke over om tolkningen av kjønn og kjønnets betydning er knyttet tett opp til teologiens selvforståelse, menneskeforståelse eller gudsforståelse.» (Grung, 2016, s. 198)

I artikkelen Religionsdialog, identitetspolitikk og kompleksitet skriver Grung sammen med Oddbjørn Leirvik om religionens komplekse plass i et samfunn. «Religiøse tradisjoner er uten unntak preget av en tankegang der kjønnsforskjeller er stratifisert: menn har større makt enn kvinner. Selv om religiøse tradisjoner i ulik grad har konfrontert dette og mange ønsker en mer likestilt posisjon for kvinner og menn, er forskjellsbehandling på grunnlag av kjønn fortsatt en høyst aktuell del av de fleste religiøse tradisjoners praksis.» (Grung og Leirvik 2012, s. 83)

Islamsk historie og tolketradisjon rommer et stort mangfold og er kompleks i størrelse, som ikke kan la seg komprimere i reduktive modeller. De tradisjonelle muslimske samfunnene var i likhet med andre samfunn preget av patriarkalske strukturer som reduserte kvinner. Men det har ikke alltid vært sånn.

I boken *Muslima Theology, the Voices of Muslim Women Theologians* (2013) skriver forsker og professor i islamsk religiøs utdanning Ednan Aslan om utviklingen i islams teologiske historie. Denne ble flettet sammen med den politiske utviklingen i den post-profetiske æra (Aslan, 2013, s.35). Aslan mener at utviklingen til islamsk teologi ikke reflekterte Koranens budskap eller profeten Muhammads liv og lære. Islamsk teologi ble overskygget av den politiske fremgangen, der mange av profetens følgesvenner i begynnelsen av islams tidsregning prøvde å legitimere sine politiske interesser istedenfor å videreføre profetens arv. Selv før profetens død ønsket muslimer rundt profeten å bevare de før-islamske tradisjonene iblant annet beslutningsprosesser, der profetens følgesvenner ofte fant løsningene sine utenfor Koranen og profetiske råd. Denne konflikten og uenigheten ble senere reflektert i hadith-litteraturen. Ifølge Aslan skjedde disse feiltolkningene av profetens liv og lære umiddelbart etter profetens Muhammads død, og har vart til den dag i dag.

Strukturene hadde søkelys på maktkamp og politiske interesser som ble implementert i hadith-litteraturen har særlig påvirket muslimske kvinners posisjon i den islamske verden. (Aslan, 2013, s.35-36)

5.7 En imam er ikke det samme som en prest

I Norge bruker vi ofte imam som betegnelse på en «muslimsk prest.» Ulama, islamsk lærd er den som har religiøs kunnskap og autoritet. (Gillat-Ray mfl, 2013 s.45) Betegnelsen brukes både i sunni- og sjiaislam og oversettes ofte feilaktig med presteskap. Dette kan skape misforståelser. I begrepsavklaringen har jeg beskrevet at en imam sin rolle først og fremst er å lede bønn i moskeen. Denne rollen har, ifølge islamsk tradisjon, vært forbeholdt menn, med unntak av at kvinner kan lede andre kvinner og familien i bønn. (Katz, 2013, s 150)

Derimot må man ta et 6-årig profesjonsstudie for å bli prest i Den norske kirke. Slik har det vært i flere hundre år for presteyrket. Ifølge boken *profesjonshistorier (Messel og Slagstad (red)), (2014), presenterer Nils Gilje i kapittelet Prestene* teorien om profesjonaliseringen av presteyrket som ble til på 1800-tallet. (Gilje, 2014, s. 413). En prest ble ordinert til prestedtjeneste av biskopen. Ingen kan bli prest uten ordinasjon. Kjernen i ordinasjonen er at presten forplikter seg til å forkynne guds ord i samsvar med kirkens bekjennelsesskrifter. Dessuten forplikter presten seg til å være en hyrde for sin egen menighet. Historisk, i den norske statskirken, var prestene kongens embetsmenn i lokalsamfunnet. Alle kirkelige apparater var integrert i statsapparatet. (Gilje, 2014, s. 413-114). Det praktisk-teologisk seminar ble opprettet i 1949, og var en utdanningsinstitusjon for alle som ville bli prester. Kvinner kunne ta teologisk embetseksamen, men ikke ordineres som prest. (Gilje, 2014, s. 426)

I 1935 åpnet Arbeiderpartiet opp for å vedta en lov om kvinnelig prestedtjeneste, men partiet Venstre satte ned foten på stortinget, som førte til at menigheter i Norge fikk reservasjonsrett til å nekte kvinner til å bli ordinerte til prester. Det var ikke før i 1961 at Ingrid Bjerkås ble den første kvinnen til å ordineres til prestedtjeneste. (Gilje, 2014, s. 444-445)

Sykehusprestens oppgave er å snakke med pasienter og pårørende, dele ut nattverd til, eller be for de syke, undervise og veilede eller holde gudstjenester. Sosiologi og statsviter Beret Bråten skriver i kapittelet «*Døden, et kirkelig anliggende?*» i boken *Alt som lever må dø. Døden som tverrfaglig forskningsfelt* (2019) om sykehusprester. Sykehuspresten som en del av helseforetakene har vært en del av statskirkeordningen i mange hundre år. Den katolske kirken var sentral i arbeid med hospitaler på 1200-tallet der lindring av sykdom og ta seg av de fattige var en del av kirkens arbeid. Fram til i dag har det i Norge vært en sterk tradisjon med prestedtjeneste i norske helse og omsorgsinstitusjoner i spørsmål om åndelig og eksistensiell omsorg for pasienter og pårørende. (Bråten, 2019, s. 61-62)

I møte med Den norske kirke, kirkelige strukturer og i offentlig ordskifte kan det se ut som om ordet imam ofte blir sammenlignet med, eller forstås som det samme som en prest. Religionshistoriker Karin Vogt mener at ordet imam blir brukt, fordi det inngår i en allment kjent religiøst vokabular i Norge. (Vogt, 2012, s. 49)

Som vist i begrepsavklaringen mener forsker Marion Holmes Katz at en imams oppgave kun har vært å lede i fellesbønn ved å stå først i rekken. Ifølge islamsk tradisjon har en imam altså i prinsippet ingen maktposisjon og er ikke en mediator mellom Gud og mennesker. (Katz, 2013, s.139)

I boken *Religiøse ledere – makt og avmakt i norske trossamfunn* (2012) Presenterer forsker Cora Alexa Døving imamers rolle og deres selvforståelse av makt og autoritet, ifølge Døving har imamer ingen formell maktposisjon utover det å lede liturgien. Det er heller ingen krav til utdanning bak tittelen eller rollen som imam. I sunnimuslimsk tradisjon er ikke imamen den øverste religiøse autoriteten. Den øverste religiøse autoriteten er knyttet til lærestedene i muslimske land der imamen har utdannelsen sin fra. Det er ikke uvanlig at lærde (*mufti, ulema*) blir kontaktet av imamer fra Norge i saker som berører teologisk-juridiske aspekter. Mufti, islamsk jurist som har de nødvendige kvalifikasjoner for å vurdere et religiøst-rettslig spørsmål og avgjøre hva som i en gitt sak er i overensstemmelse med islamsk rettspraksis. (Gillat-Ray mfl, 2013 s. 60) Lærde har bredere teologisk utdanning og høyere autoritetstaus enn en imam. Det kan være uenigheter om riktig tolkning av en

religiøs skilsmisse. Imamens rolle er knyttet opp mot moskeen som er deres arbeidsplass. (Døving, 2012, s 33-34)

I samme bok, men i et annet kapittel gir religionshistoriker Karin Vogt en kort presentasjon på forskjellen mellom sjia – og sunniislam og deres syn på lederskap. Skillet mellom disse to trostradisjonen har røtter tilbake til profetens bortgang og spørsmålet om hans etterfølger som på arabisk er kjent under tittelen *khalifa* som direkte oversatt betyr stedfortreder. (Vogt, 2012, s. 48) når det gjelder spørsmål om lederskap har sjiamuslimer ifølge islamsk tradisjon et annet forhold til tittelen imam. De ser på imamtittelen som noe direkte, nedarvet fra profeten Muhammed, der kun noen få kan bruke ærestittelen imam. Vogt skriver vider at sjiamuslimer gjennom historien har utviklet egne oppfatninger på religiøst lederskap og autoritet, der kunnskapstradisjonen blir formidlet gjennom et hierarki av geistlige. Den øverste lederskap i sjiaislam heter *Marja* som betyr å etterfølge. Alle religiøse ledere innen sjiaislam har en form for tilknytning til prestisjetunge læresteder som ligger enten i Iran eller i Irak. (Vogt, 2012, s. 48-49)

5.8 Profesjonsetikk, profesjonsetiske retningslinjer og etikk

Jeg vil nå redegjøre hva en profesjon er, samt profesjonsetiske retningslinjer, deretter profesjonsetisk teori. Til slutt vil jeg redegjøre for noen grunnprinsipper i etikk, og hvorfor vi har etiske retningslinjer i et yrke, og hvordan det kan legge føringer for fremtidens profesjonsutøvelse. Profesjonsetikk er viktig, fordi det er teorigrunlaget, etikk er viktig fordi det medfølger et etisk ansvar, verdier, holdninger og handlinger i arbeid med mennesker, noe muslimsk samtalejeneste er definert innenfor. Ved å bli en profesjon, følger egne profesjonsetiske retningslinjer. Ifølge Svein Aage Christoffersen, *Profesjonsetikk, om etiske perspektiver i arbeid med mennesker* (2019) har de eldste profesjonene i Norge vært lege, prest, psykolog og jurist. Det følger med et sett med etiske retningslinjer med hver profesjon. Profesjonene hadde en bestemt, langvarig, formell utdanning orientert mot oppnåelse av et bestemt yrke som ifølge sosiale normer ikke kan fylles av andre personer enn de med den utdannelsen. (Christoffersen, 2019, s. 19-20) I dag har man utvidet profesjonene ved at flere yrker har fått styrket og forlenget utdanningsforløpet, og det blir lagt vekt på

en akademisk standard, eksempler på yrker som dette, er lærer, sykepleier og sosionomer. (Christoffersen, 2019, s.21)

Profesjonsetikken blir ofte framstilt som et sett med regler, normer og verdier. Men utenom reglene profesjonen er bundet opp mot må man forstå situasjoner man havner i, det som sier oss noe om hva som er riktig og galt. Disse kaller Christoffersen for profesjonsetiske retningslinjer. Den evnen til å forstå situasjoner man havner i beskriver Christoffersen som dømmekraft eller skjønn. Profesjonsetiske retningslinjer er som et verktøy og støtte til det daglige arbeidet til en profesjon. Det skal bidra til refleksjon rundt dilemmaer, utøvelse av dømmekraft, tanker, skjønn og løsning på etiske problemstillinger, og det å forstå at man kan havne i situasjoner hvor man setter etiske spørsmål på spill. (Christoffersen, 2019, s. 71-72) I dag er ikke muslimsk samtaletjeneste definert som en profesjon, det er ikke et bestemt yrke som anvender sin kompetanse og utdanning til å utføre en samfunnsnyttig tjeneste.

Det profesjonsetiske grunnlaget er en sentral og viktig del av et yrke med klare kjennetegn som skal bidra til å definere en yrkesgruppe som en profesjon, samt skille den fra andre yrkesgrupper. Derfor mener Christoffersen at det ikke er de enkelte yrkesutøverne hver for seg, men yrkesorganisasjonen som en helhet som skal ta seg av den spesielle profesjonsetikken, og sørge for at det blir utarbeidet profesjonsetiske regler for sine medlemmer. Den som vil være en profesjon må ha en egen profesjonsetikk. (Christoffersen, 2019, s.22) Til sammenligning med muslimsk samtaletjeneste har prester en egen profesjonsetikk som sier noe om de grunnleggende forpliktende til en prest, med henvisning til krav og lovverk, og verdiene prester jobber ut fra:

«Prester som profesjon står mye alene i møte med enkeltmennesker og grupper. I disse møtene er noen handlinger og væremåter definert som uetiske og uakseptable. Ordinasjonsløftet og lovverket setter rammer for prestens tjeneste. Samtidig vil situasjonene i møte med mennesker være komplekse og kalle på evne og kunnskap til å utøve godt skjønn. I mange situasjoner vil konkrete regler komme til kort i møte med mangfoldet av enkeltmennesker og enkeltsituasjoner. Prester og lignende

profesjoner trenger noe som utfordrer til refleksjon ved siden av de krav om disiplin som kommer til syne i lovverk og andre reglementer.»¹²

Profesjonsetikk handler om møte mellom mennesker ansikt til ansikt. Det er under disse møtene hvor vi møtes med ansikt og kropp vi skal orientere oss ut fra. Det andre er det handlingsorienterte. Ifølge Christoffersen handler det ikke om å kun reflektere, men handle. En sykepleier skal ikke bare reflektere, men også handle, og det er i møtet med den andre, at det kreves at noe blir gjort. En profesjonsutøver må treffe handlingsvalg som synes rimelig i den situasjonen han eller hun står i, og som ivaretar flere hensyn. Den tredje er møte med den andre skal være faglig og saklig formidlet i den forstand at det er yrkesutøverens faglige kompetanse som ligger til grunn for møtet med den andre. (Christoffersen, 2019, s.66-67) En muslimsk samtalepartner må også i samtaler treffe handlingsvalg, dette aktualiserer nødvendigheten av profesjonsetisk kompetanse i samtaletjenester.

Utenom profesjonsetikk og profesjonsetiske retningslinjer har profesjoner en felles verdimeisig plattform og en felles identitet i arbeid med mennesker. Her støtter jeg meg blant annet til kapittelet *Hvorfor etikk* i Svein Aage Christoffersens bok *Profesjonsetikk, om etiske perspektiver i arbeid med mennesker (2019)*. «Etikken dreier seg om de reglene og kjennetegnene vi bruker i de moralske vurderingene. Den kommer først og fremst til uttrykk gjennom det vi tenker. I etikken tar mennesker først og fremst stilling til om de reglene og kjennetegnene vi bruker er riktige eller gale. Etikken kommer på banen når vi tenker gjennom det vi gjør eller bør gjøre sett fra en moralsk synsvinkel» (Christoffersen, 2019, s.14) En imam eller en muslimsk samtalepartner er per i dag ikke definert som en profesjon og har ikke en bestemt profesjonsetiske retningslinjer de følger, de kan tenke etisk. Som jeg har forklart i begrepsavklaringer er ikke imam en fredet tittel, det er kun en tittel som brukes til å definere en muslimsk bønneleder i moskeer. Alle muslimer kan innta en imam-rolle, men ikke alle kan jobbe med mennesker. Som Christoffersen forklarer i boken *Profesjonsetikk, om etiske perspektiver i arbeid med mennesker (2019)* krever det et profesjonelt skjønn og en faglig vurderingsevne.

¹²Profesjonsetikk for prester, hentet 09.05.2022 <https://www.prest.no/seksjon/profesjonsetikk/>

I teorikapitlet har jeg gjort rede for det jeg mener er relevant teoretisk ramme som belyser min problemstilling. Hvordan defineres rollen som muslimsk samtalepartner med utgangspunkt i kjønn i norsk helsevesen? Jeg har presentert tidligere forskning, kjønnsperspektivet på muslimsk samtalepartner, kjønnsroller i muslimsk samtalepartner, makt, feminisme og patriarkalske tolkninger, en imam i forhold til en prest, og forskjellene på profesjonsetikk, etikk og profesjon. Nå vil jeg gå videre med analysen av materialet.

KAPITTEL 6. ANALYSE

6. ANALYSE

I dette kapitlet analyserer jeg materialet fra intervjuene jeg har gjennomført. Jeg har benyttet meg av kvalitativ undersøkelse. Jeg intervjuet først de med ansvar for preste- og samtaletjenesten på fire store helseforetak i alle landsdeler i Norge. Den andre gruppen informanter er muslimske pasienter og pårørende. Jeg valgte å intervju disse to gruppene, for å få et mer helhetlig bilde av muslimsk samtaletjeneste, samt et bredere perspektiv på hvordan muslimsk samtaletjeneste i Norge erfares, samt hva muslimske pasienter og pårørende selv forteller om møtet med tjenesten og hvordan de tenker den kan forbedres og utvikles videre.

Jeg har reflektert mye over min rolle som skribent, samt mitt offentlige samfunnsengasjement rundt islam i Norge. Det har ført til at jeg har vært ekstra påpasselig i møte med kilder, og har gått inn i intervjuene med en åpen og undrende tilnærming til muslimsk samtaletjeneste, og i møte med mine informanter gjennom hele prosessen.

Kvale og Brinkmann tar opp dette med at det finnes forskjellige måter for en forsker å tolke intervjumaterialet sitt på. Forskjellige lesninger av et intervju kan resultere i forskjellige fortolkninger. (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 214) Jeg har forsøkt å ha en åpen holdning til hva jeg har funnet gjennom å være kontinuerlig bevisst på min egen posisjon. Slik at jeg kunne få min egen forståelse korrigert.

For å kunne svare på hovedproblemstillingen, har jeg valgt å dele materialet i ulike kategorier knyttet til temaene i intervjuguidene. Disse er: 1) Kunnskap om muslimsk samtaletjeneste og eksisterende muslimsk samtaletilbud, 2) Hva betyr åndelig og helhetlig omsorg for deg?, 3) Muslimsk samtaletjeneste i en kjønn diskurs, 4) en imam i forhold til en prest, 5) Utdanning, kvalifikasjoner, språk og kulturforståelse, 6) Profesjonsetikk eller profesjonsetiske retningslinjer? Senderorganisasjon og organisering av samtaletilbudet. I disse kapitlene kommer jeg inn på erfaringene mine informanter har hatt med muslimsk samtaletjeneste, og hvordan

helseforetakene ser på eksisterende modell og hvorvidt de tenker at en kvinnelig samtalepartner kan ha like mye tillit som en mannlig imam. Informantene mine svarer også på hvordan de ville opplevd å møte en kvinnelig muslimsk samtalepartner og snakker rundt tillit og hva de vil legge vekt på er viktig i møte med en samtalepartner i en vanskelig situasjon.

I metodekapittelet har jeg skrevet om prosessen rundt å rekruttere informantene mine, utvalg, samt validitet og reliabilitet. Informantene mine som er pasienter og pårørende har fått fiktive navn. Felles for disse er at alle, med unntak av to personer, er medlem av et muslimsk trossamfunn. Informantene som ikke er medlemmer, har på et tidspunkt vært det.

6.1 Kunnskap om muslimsk samtalejeneste og eksisterende muslimsk samtaletilbud

For å undersøke hvor etablert muslimsk samtaletilbud for muslimsk pasienter er i dag, og hvordan pårørende har blitt møtt, er det vært viktig for meg å spørre om kunnskapen rundt muslimsk samtalejeneste. Er muslimsk samtalejeneste allment kjent for den muslimske minoriteten i Norge? De av informantene mine som hadde erfaring med muslimsk samtalejeneste, måtte de selv be om det, eller fikk de tilbud om det i møte med helsevesenet? For informantene mine innen helsevesenet var det viktig å spørre om de tilbyr muslimsk samtalejeneste ved siden av prestetjenesten. Hvordan var prosessen rundt ansettelsen?

Khadija visste hva en muslimsk samtalejeneste var og hadde benyttet seg av tjenesten. Siden hun er muslim, var det viktig for henne å etterspørre en muslimsk samtalepartner. Sykehuset hun var tilknyttet til ringte en frivillig imam som jobbet innenfor deres muslimske samtaletilbud. Imamen hadde da svart at det var mye å gjøre, så det ville ta litt tid før han kom.

Khadija fortalte at hun ikke hadde en god opplevelse med samtalejenesten på sykehuset hun henvendte seg til. *«Sykehuset ringte en imam og han skulle komme til oss, men jeg måtte hele tiden etterspørre han. Hvor er han? Skal han komme?»*
(Khadija)

Her ser vi at Khadija ikke ble møtt på sine premisser, hun forteller videre at hun følte seg avvist av sykehusimamen etter første møte med han.

Hussain visste ikke hva en muslimsk samtaleteneste var, og fikk ingen informasjon om dette fra sykehuset. Han var pårørende ved et sykehus og savner mer informasjon om muslimsk samtaleteneste. Han oppdaget samtaletenesten på egenhånd ved å se en reklameplakat på et annet sykehuset.

«Da vi virkelig trengte en muslimsk samtaleteneste var det ingen som informerte om det. Familien havnet i en dyp krise på sykehuset og vi trengte noen å snakke med. Vi spurte gjentatte ganger, men fikk bare tilbud om psykolog. Det var først ett år senere at jeg tilfeldigvis så en plakat på et annet sykehus med informasjon om samtaletilbudet på sykehus.» (Hussain)

Ifølge tidligere forskning er kulturkompetanse, religionens betydning, ritualer og kommunikasjon blitt en viktig del av kunnskapen i møte med muslimske pasienter og pårørende i helse og omsorgsinstitusjoner. (Malde, 2019) Men en del perspektiver har ikke blitt godt nok belyst. I samtale med en av informantene mine, Zahra, kom det frem at hun ikke visste hva en muslimsk samtaleteneste var, men hun hadde fått andre tilbud, blant annet selvhjelpsteneste på bakgrunn av hennes diagnose. Hun har vært fast bruker av primær -og sekundærhelsetjenesten siden barndommen. Hun sier at hun hele livet har savnet et helsevesen som ser hele henne som person og forbi diagnosen hennes. *«Jeg får mye informasjon fra helsevesenet rundt diagnosen min, men hvordan jeg bearbeider det og hvordan jeg føler meg i etterkant er mye lagt opp til meg selv. Jeg føler meg ofte alene og savner den religiøse biten.» (Zahra)*

Min siste informant Adam savnet mer informasjon om muslimsk samtaleteneste. **Adam** mener muslimsk samtaleteneste er en som skal representere din religion og ivareta ditt livssyn. Han mener han ikke fikk god nok oppfølging som pårørende i møte med helse- og omsorgsteneste. Der og da var det viktig for familien å kunne få sine behov tilpasset, både språk og kultur. *«Jeg skulle ønske at jeg fikk kunnskap om*

muslimsk samtalejeneste som pårørende til en som var innlagt på sykehuset.»

(Adam)

Helseforetakene fikk spørsmål om prosessen med å ansette/engasjere en muslimsk samtalepartner. De har tenkt mye på ansettelsesprosesser og hvordan de i fremtiden ønsker at sykehusets preste- og samtalejeneste skal se ut. I dag brukes det ulike titler på samtalepartnere fra de ulike tro og livssynstjenestene.

Helseforetak 1 svarte at de helt siden 2010/11 har hatt en livssynsmangfoldig prest- og samtalejeneste på deres sykehus. *«I 2011 ansatte vi den første muslimske kulturkonsulenten. I dag jobber den muslimske kulturkonsulenten vår i en 40 prosent stilling.»* **(Helseforetak 1)**

Helseforetak 2 har en ordning hvor de kan tilkalle noen fra den muslimske trostradisjonen etter behov. For dem blir det viktig at en fremtidig fast stilling innen muslimsk samtalejenester er en med tydelige kvalifikasjonskrav knyttet til arbeid i spesialisthelsetjenesten. *«Hvis sykehuset skal ansette noen i en fast stilling, som samtalepartner fra ulike livssyn, så må det i utlysningsteksten være noen kvalifikasjonskrav, på lik linje med annet personell som skal arbeide i spesialisthelsetjenesten.»* **(Helseforetak 2)**

Helseforetak 3 hadde først kontaktet STL (Samarbeidsrådet for tros og livssynssamfunn) for samarbeid om en sykehusimam. Etter noen år klarte de å ansette en sykehusimam på en fast 50 prosent stilling gjennom en ordning som begynte via NAV. De fleste helseforetakene har svart at de ikke stiller noe krav om kompetanse innen sjelesorg, men lagt vekt på egnethet, erfaring og uformell kompetanse. *«Vår sykehusimam er ansatt i kraft av det å være en imam og er samtidig ansatt i den lokale moskeen i en 50 prosent stilling som imam»* **(Helseforetak 3)**

I boken *Understanding Muslim Chaplaincy* (2013) presenteres muslimsk samtalejeneste i Storbritannia. Den muslimske befolkningen i Storbritannia har siden 1990-tallet hatt fokus på *chaplaincy* feltet som frivillig samtalepartner i

kriminalomsorgen og på sykehus, og senere på andre institusjoner. Forfatteren mener at en viktig faktor som gjorde utviklingen av muslimsk samtalejeneste i Storbritannia mulig, gjenspeiler utviklingen av den muslimske minoriteten i Storbritannia, og den økende tilgjengeligheten av britisk fødte og engelsktalende muslimske studenter med en bred kunnskap innen islam. En annen viktig faktor er britisk-muslimske utdanningsinstitusjoner, som Markfield Institute of Higher Education i Leicester, etablert i 2003, der man kan bli en sertifisert muslimsk samtalepartner. (Gillat-Ray m. fl, 2013, s 9-10)

Muslimsk samtalejeneste er et relativt nytt felt i Norge. Flere stortingsmeldinger de senere årene har lagt særlig vekt på brukermedvirkning som en grunnleggende forutsetning for god helse og god omsorg. Pasienter, brukere og pårørende skal bli sett og hørt. Brukermedvirkning er en grunnleggende forutsetning i pasientens helsetjeneste, der ingen beslutninger skal tas om deg, uten deg. Det skal tas utgangspunkt i menneskets helhetlige behov, herunder fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov¹³. Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver åndelig og eksistensiell omsorg som en del av fullverdig omsorg ved for eksempel livets slutt.¹⁴

6.2 Hva betyr åndelig og helhetlig omsorg for deg?

Åndelig og helhetlig omsorg er ikke en eksplisitt, men heller en implisitt del av islam. Det er gjennom koranen og væremåten til profeten Muhammed man har fått inspirasjon til åndelig og helhetlig omsorg. Den amerikanske samtalepartneren, Usama Malik viser til metaforen som profeten Muhammed brukte, som det å være oppmerksom på den åndelige hagen og se alle frø, selv de som ikke viste tegn til vekst. Det vil si å se behovet til alle.¹⁵ Malik viser også til Koranen for inspirasjon: «*And have you seen that (seed) which you sow? Is it you who makes it grow, or are We the grower?*» Quran 56:63-64

¹³ Meld. St. 38 (2020–2021), Nytte, ressurs og alvorlighet— Prioritering i helse- og omsorgstjenesten4 Verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjeneste, hentet 18.04.2022

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/?ch=4>

¹⁴ WHO, Palliative care, Hentet 18.04.2022 <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

¹⁵ Prophet Muhammad: A Model of Pastoral/Spiritual Care, hentet 04.04.2022 <https://www.muslimspace.org/faithblog/prophetandpastoralcare>

Et av mine første tema i intervjuene med muslimske pasienter og pårørende har som formål å få frem egne refleksjoner rundt hva åndelig og helhetlig omsorg fra et islamsk perspektiv betyr for dem. Hva legger mine informanter med muslimsk bakgrunn selv i definisjonen av åndelig og helhetlig omsorg?

Jeg fikk ulike svar og med ulike perspektiver. Zahra la vekt på en holistisk tilnærming og pekte på at det for henne handlet om å se hele henne. For Kadija var det viktig å ha noen å snakke om hva som vil skjer etter at mennesker dør. *«For meg er åndelig og helhetlig omsorg viktig etter det vi har vært gjennom. Hvordan håndterer man livet etter døden, hvorfor har man blitt testet av Gud den måten. Imamen hjalp oss mye med de spørsmålene, men han aviste meg som kvinne.» (Khadija)*

Alle mine informanter tok mange pauser. Det var tydelig at spørsmålet «hva betyr åndelig og helhetlig omsorg for deg?» var noe som skapte mange tanker, engasjement, erfaringer og følelser hos dem. Hussain mente at det handlet om å ta alle følelsene sine på alvor. Adam var mer opptatt av islam og regelverk.

«Det er både det psykiske og det åndelige, og at man kan stille spørsmål knyttet til tro, og hva troen sier om ulike ting.» (Hussain)

«Når man er i helsevesenet er det viktig at man får ta vare på sin kropp, eller sin intime del av kroppen som ikke skal gjøres synlig for andre, sin awrah¹⁶.» (Adam)

Yasmin og Zahra hadde ulike syn på åndelig og helhetlig omsorg. Zahra som er fast bruker av helsetjenester på grunn av diagnosen sin ser man nedenfor ofte føler seg alene, og at hennes åndelige og eksistensielle behov er savnet hos henne.

«For meg som en troende muslim betyr det noe som favner hele meg, både det mentale, fysiske det spirituelle og religiøse delen av meg. Jeg føler meg ofte alene i møte med helse og omsorgstjenester.» (Zahra)

¹⁶ Intime delen av kroppen. Deler av kroppen som ikke skal eksponeres for andre, hentet 04.04.2022 <https://www.almaany.com/en/dict/ar-en/أعورة/>

«Det handler om mening og det helhetlige mennesket. Det inkluderer også det religiøse og eksistensielle aspektet.» (Yasmin)

Mine informanter ga uttrykk for ulike meninger og perspektiver på hva åndelig og helhetlig omsorg betydde for dem. For noen dekker det mange funksjoner og innebærer både å hjelpe og bry seg om andre innen en institusjon eller et bredere fellesskap. For andre handler det om helhet og helbredelse og en som kan svare på de ulike behovene og ressursene til hver mottaker. I boken *Å være der du er* (2016) beskriver prest og psykoterapeut Bent Falk møter med mennesker i livskriser og andre vanskelige utfordringer. Han mener at ekte samtaler skjer i kontaktøyeblikket, og det viktigste du kan gjøre som en samtalepartner er å møte den andre med åpenhet, refleksjon og der vedkommende er i livet. (Falk, 2016, s. 15-16)

6.3 Muslimske samtaleteneste i en kjønnet diskurs

Kjønnspektivet er utgangspunktet for min masteroppgave. Som beskrevet i både bakgrunn-, og metodekapittelet og teoridelen har kvinner hatt få eller ingen faste roller innen muslimsk samtaleteneste i Norge. Da OUS søkte en muslimsk samtalepartner i januar 2021 ble de av mange kritisert for å være ekskluderende fordi de blant annet ikke kalte inn kvinner til intervju¹⁷. Både IRN¹⁸ og OUS forsvarte den utlyste stillingsbeskrivelsen i samme artikkel. Ifølge avisartikkelen hadde OUS snakket med en paraplyorganisasjon og stolte på at de tok riktige beslutninger i henhold til ansettelsesprosess og utlysningsteksten (Brandvold, 21.01. 2021).

I artikkelen *Muslim chaplaincy in the UK: the chaplaincy approach as a way to a modern imamate* (2015) peker Hafiz på en stor utfordring som helseforetak bør være oppmerksom på, det er de kulturelle og religiøse barrierene som kan oppstå i arbeid med mennesker i samtaletenester. I moskeer som fortsatt er mannsdominert, er ikke imamer vant til å jobbe med kvinnelige kollegaer, det kan skape ytterligere utfordringer på det teologiske plan, men vil også være en barriere for kvinner som

¹⁷ <https://klassekampen.no/utgave/2021-01-22/fikk-drommen-sin-knust> Hentet 12.04.2022

¹⁸ Islamsk Råd Norge <https://www.irn.no>

muslimske samtalepartnere. (Hafiz, 2015, s. 91) Slik som Hafiz peker på, bør helseforetakene være klar over at kulturelle og religiøse overbevisninger kan gjøre møtet med pasienter og pårørende vanskelig. Det kan være samhandling med kollegaer av det motsatte kjønn, det kan gjelde håndhilsning, eller å senke blikket i samtale med det motsatte kjønn som i mange muslimske miljøer i Norge er enten forbudt eller frarådet. Disse dilemmaene som Hafiz skisserer kan oppstå i Norge ved religiøs og kulturell betjening, når kvinnelige og mannlige muslimske samtalepartnere blir likeverdige kollegaer i de offentlige institusjonene de jobber i, noe som ikke er tillatt i moskemiljøer. (Hafiz, 2015, s. 91)

«Da han kom, måtte mannen min være til stede under hele samtalen mente imamen. Til slutt orket ikke mannen min å være til stede fordi vi håndterte sorgen forskjellig. Jeg ønsket en å snakke med og lufte tankene mine. Imamen avviste meg og sa du er jo muslim, hvorfor skal du i det hele tatt ha noen å snakke med?» (Khadija)

Svarene til mine informanter virket reflekterte og nyanserte. Det samme opplevde jeg med informantene mine fra helseforetakene. De fleste av mine informanter som var muslimske pasienter eller pårørende savnet en (muslimsk) kvinne som samtalepartner de kunne snakke med. Noen av informantene mine pekte på representasjon, kvinnehelse, abort og andre spørsmål knyttet til seksualitet, skam og frykt. Slik som Yasmin forklarte. *«Ja, med store bokstaver. Jeg som pasient ville absolutt takket ja. Nå er jeg muslim og ønsker å dele min religion med en annen muslim. Det er lettere for meg å snakke med en kvinne enn en mann.» (Yasmin)*

«Jeg tenker det er utrolig viktig med en kvinnelig samtalepartner som er kvinne. Selv jeg som mann hadde følt meg trygg på en kvinne når det kommer til spørsmål knyttet til følelser.» (Hussain)

«Hvis det ikke er noen andre så er det greit. Hadither som kommer fra følgesvenner (r.a) av profeten (fvmh) sier at etter profetens reise fra denne verden oppsøkte mennesker hans kone (fvmh). Så det bør i grunn ikke være en barriere å møte kvinne som muslimsk samtalepartner.» (Adam)

Helseforetak 2 vektla den totale erfaringsbakgrunnen de har hatt i møte med pasienter fra den muslimske trostradisjonen. De mener at for en del så kan det være vanskelig å gi ord til det man tenker og føler hvis man sitter overfor det motsatte kjønn. Dette er relevant og aktuelt fordi mine informanter som er muslimske pasienter og pårørende svarte noe lignende. Khadija hadde følt seg mer komfortabel ved å møte en kvinne. *«Jeg kunne være mer personlig og ærlig med en kvinne som muslimsk samtalepartner. Med imamen følte jeg at han bare dømte meg. Jeg er 100 prosent sikker på at jeg hadde fått mer hjelp hvis jeg møtte en kvinne.»* **(Khadija)**

Helseforetak 1 har også gode erfaringer og kunnskap med å ansette en kvinne som muslimsk samtalepartner. *«I 2011 ansatte vi den første muslimske kulturkonsulenten. Bakgrunnen for ansettelse var at kulturkonsulenten vår skulle gi våre ansatte opplæring i kulturforståelse og kommunikasjon i møte med pasienter og pårørende med en annen etnisitet. Vår kulturkonsulent er en kvinne. Vi har veldig gode erfaringer med en kvinne som muslimsk samtalepartner, og jeg tenker det ikke er vanskelig å være en kvinne og imam i Norge»* **(Helseforetak 1)**

«Jeg vil si at en muslimsk samtalepartner gjerne bør være en kvinne. Jeg tror det på en eller en annen kan oppleves friere for noen kvinner å møte den av samme kjønn til samtale.» **(Helseforetak 2)**

Samtlige av mine informanter som er muslimske pasienter og pårørende hadde ingen innvendinger i å møte en muslimsk kvinne ved behov.

Et helseforetak hadde god erfaring med å ansette en kvinne som samtalepartner, mens andre mener det kunne skape spenninger og oppstandelser fra muslimske trossamfunn. Et av helseforetakene oppgir at de gjerne skulle ansatt en kvinne i tillegg til sykehusimamen, men ikke har økonomiske midler til det. Slik jeg tolker det, er det et stort behov og etterspørsel etter en kvinnelig muslimsk samtalepartner, slik som min informant Zahra, som svarte på spørsmålet om kjønnsperspektivet. *«Jeg hadde faktisk foretrukket å snakke med kvinne, fordi det er enklere for meg å snakke med en kvinne. For meg som er kvinne er min opplevelse måten man ordlegger seg, viser omsorg og støtte mer fremtreden hos en kvinne enn en mann.»* **(Zahra)**

«Vi har veldig gode erfaringer med en kvinne som muslimsk samtalepartner. Så svaret er absolutt ja.» **(Helseforetak 1)**

«Jeg vil veldig gjerne at en muslimsk samtalepartner skal være en kvinne. Av erfaring fra vårt sykehus kan det være ulike situasjoner hvor det kan være viktig å møte en kvinne. Det kan være pasientrom hvor det er snakk om kvinnesykdommer, gynekologi eller på fødeavdelingen. I denne sammenhengen tenker jeg på hvordan det ville være å snakke med en kvinne i forhold til en mann.» **(Helseforetak 2)** Dette mener også Khadija. «Jeg hadde følt meg mer komfortabel og kunne vært mer personlig og ærlig med en kvinne. Med imamen følte jeg at han dømte meg. Når jeg møtte sykehusimamen måtte jeg bare sitte der og smile og si at det går bra Alhamdulillah.¹⁹ Jeg fikk ikke lov til å sørge eller gråte.» **(Khadija)**

«En kvinne tenker jeg hadde vært fint, og jeg kunne tenke meg å kalle det en sykehusimam. Men det ville virke provoserende. Fordi jeg tenker det er provoserende i en religion som man ikke kjenner helt til, og om det bidrar til å skape flere konflikter, vanskeligheter eller en positiv utvikling?» **(Helseforetak 3)**

De fleste av informantene fra helseforetakene viser en del tanker og refleksjoner rundt ansettelse eller engasjere muslimske kvinner som samtalepartnere og sykehusimamer. Det virket ikke som om de kunne vise til noen erfaringer fra andre sykehus eller fra utlandet. Noen av informantene mine mente det kunne skape konflikter i forhold til muslimske trossamfunn. «Det hadde blitt oppstandelser noen steder. Jeg tror det handler om redselen for at man ikke ønsker å provosere en religion man ikke kjenner til. **(Helseforetak 3).**

Mange rapporter, konferanser og artikler som oppsummerer erfaringer fra muslimsk samtalejeneste i Europa tar nettopp opp kjønsspørsmålet. Det kan virke som om det er et veldig diskutert tema, men der man ikke helt vet hvordan man skal

¹⁹Alhamdulillah er et arabisk uttrykk som betyr «Lovet være Gud (Allah)» hentet 07.04.2022 <https://web.archive.org/web/20060113004527/http://www.usc.edu/dept/MSA/reference/glossary/term.ALHAMDU.html>

normalisere at både menn og kvinner kan innta rollen som muslimsk samtalepartner i offentlige institusjoner. Erfaringer fra europeisk chaplaincy viser at muslimske kvinner som samtalepartnere fant det vanskelig å oppnå samme nivå av autoritet og respekt som sine mannlige kollegaer. Samtidig pekte de også på at de samme kollegaene fant det problematisk å forholde seg til de kvinnelige muslimske samtalepartnere.²⁰ Det er nærliggende å tro at dette kan være en utfordring for Norge, noe som jeg pekte på tidlig i dette kapittelet.

6.4 En imam i forhold til en prest

I teorikapittelet mitt skrev jeg at Karin Vogt mener at en imam blitt brukt til sammenligning med en prest fordi det inngår i en allmenn kjent religiøst vokabular i Norge (Vogt, 2012, s. 49) I Norge er en prest en profesjon og ifølge Den norske kirke må man gjennom et langt utdanningsløp for å bli ordinert som en prest i DNK.²¹ I begrepsavklaringen og teorikapitlet tar jeg opp hva en imam er. En imam betyr i generell forstand en som leder eller en som står først i rekken og leder muslimer i bønn og har i prinsippet ingen maktposisjon. (Katz, 2013, s. 139)

Jeg ble overrasket over at samtlige av mine informanter, både muslimske pasienter og pårørende og fra helseforetakene viste gode refleksjoner og tanker rundt spørsmålet ***Hva tenker du om en imam i forhold til en prest?***

Zahra og Adam mente det både var likheter og forskjeller, mens Khadija mente det var lettere å snakke med en prest enn en imam. Hussain og Yasmin mente begge at det var to forskjellige ting.

«Det ville vært mye enklere å snakke med en prest i forhold til en imam. En prest kan veldig mye om islam, og ville akseptere å snakke med meg alene uten mannen min til stede. Imamen fra sykehuset jeg var i kontakt med lot meg ikke sørge han mente at imanen²² min var svak.» (Khadija)

²⁰ Faith leadership through chaplaincy hentet 19.02.2022

https://www.faith-matters.org/wp-content/uploads/2010/12/faith_matters_chaplaincy_report.pdf

²¹ Ordinasjon. Hentet 15.03.2022

<https://kirken.no/nb-NO/bispedommer/Oslo/biskop/ordinasjon/>

²²Iman betyr tro. Hentet 16.03.2022

<https://www.jstor.org/stable/20832845?refreqid=excelsior%3A8212a555b5c87eece0e6bd005e220e92&seq=1>

Mine informanter hadde samme refleksjoner i spørsmålet om en imam i forhold til en prest. *«En «imam» i islam er kun en tittel for den som leder bønn. Alle kan være imamer, men i Norge er det formalutdannelse for prester. Det er ulikt utdanningsnivå til de ulike imamene i Norge, og de fleste blir ansatt på kulturelt grunnlag. Muslimske paraplyorganisasjoner har ikke noe ansvar overfor imamene i Norge.*

Paraplyorganisasjonene ble først og fremst etablert for å være et bindeledd mellom muslimer i Norge og myndighetene, ikke en teologisk autoritet på islam.» (Hussain)

«Når jeg hører ordet prest tenker jeg på en mann, det samme gjør jeg også på en imam. Det legger jo begrensinger på meg som en muslimsk kvinne at jeg ikke kan snakke åpent.» (Zahra)

Adam mente de hadde noe like roller, med visse forskjeller. *«I utgangspunktet så har de en ganske lik rolle. Men en prest har en rolle hvor du kan betro deg til presten ved å skrive, men det kan du ikke til en imam. Det har du ikke lov til. Du har lov til å oppsøke for å be om råd og veiledning, eventuelt å søke kunnskap som imamen besitter. I islam skal hver muslim vende seg til sin skaper Allah for å be om tawbah (anger) uten en imam til stede.» (Adam)*

Helseforetakene hadde også en del refleksjoner rundt rolleforståelse, kjønn og utdanning og i tillegg til åndelige og eksistensielle spørsmål.

«På noen områder tenker jeg at de har samme funksjon. Men prester har en mer åpen innfallsvinkel til sjelesorgtradisjonen enn en imam ville ha. Det inntrykket jeg har av imamer i Norge er at de ikke har en omfattende utdanning. En sykehusimam kan også være begrenset med tanken på kjønn.» (Helseforetak 1)

Det virker som om samtlige av mine informanter er klar over at det er klare forskjeller mellom en prest og imam. Alle mine informanter, både muslimske pasienter, pårørende og helseforetakene er enige om at imamer har en viktig funksjon, men med visse begrensninger i forhold til en prest. Det kan virke som om det sammenfaller med det informantene mine som er muslimske pasienter og pårørende

forteller meg. «*En imam i islam er kun en bønneleder, mens prester har en litt større funksjon både på sykehuset og samfunnet generelt. Prester er sjelesørgere og omsorgsgivere, med utdanning og kunnskap om samtaleteneste i bakhånden.*»
(Yasmin)

Mens helseforetakene har fokus på erfaring og den kompetansen sykehusprester sitter på i forhold til en imam. «*Sykehuspresten har både universitetsutdanning og videreutdanning som retter seg mot arbeid i helseinstitusjon. De har en bred kompetanse knyttet til livssyn, helse, etikk, og religionspsykologi. Med sitt nærvær synliggjør de både den åndelige og eksistensielle dimensjonen. En imam har et særlig anliggende på det å tilby ritualer, og jeg er mer usikker på om en imam definerer seg som en samtalepartner for mer eksistensielle spørsmål.*»

(Helseforetak 2) «*Vi er kollegaer og utfører mange av de samme oppgavene, og har samme fundament. Men jeg tenker at en imam er en form for prest innen sin egen religion uten den formelle utdanningen.*» **(Helseforetak 3)**

6.5 Utdanning, kvalifikasjoner, språk og kulturforståelse

Spørsmålet om utdanning, språk og kulturforståelse skapte mye engasjement hos mine informanter. Jeg har selv skrevet en del fagartikler som omhandler religion i møte med helsevesen. Jeg jobber til daglig med dette i mitt eget virke, og jeg har et inntrykk av hvor skoen trykker. Spørsmål rundt utdanning, kvalifikasjoner, språk og kultur ble derfor naturlig å ta med.

I artikkelen *Å finne Gud i terapirommet* (2022) skriver jeg om det komplekset skjæringspunktet mellom psykisk helse og religion. «*Religion og spiritualitet kan fylle det menneskelige behovet for å finne mening, og dekke eksistensielle behov – spesielt i tider preget av usikkerhet, slik som under en pandemi. Siden religion, eksistensielle spørsmål og spiritualitet vekker dype følelser hos mennesker og berører menneskers dypeste verdier, er kanskje praktiserende psykologer forsiktige med å tilnærme seg denne siden? Åndelig og eksistensiell omsorg skal være en del av opplæringen til helseprofesjoner.*» (Al-Nahi, 2022) Disse spørsmålene tror jeg mange i helse og omsorgsinstitusjoner reflekterer over.

Alle mine informanter svarte reflektert på spørsmålene. Khadija og Hussain la vekt på kompetanseheving i psykisk helse. Zahra savnet en som så det helhetlige perspektivet da hun var innlagt, Adam tenkte at kunnskap om det religiøse var det viktigste. Yasmin etterlyste utdanning innen sjelesorg, og samtaleteknikk. Alle var enige om at kultur og språkkunnskaper var et minimumskrav.

Helseforetakene mente det var viktig å ha søkelys på det kulturelle, og språkkunnskaper, fordi det var der utfordringene var størst. De fleste engasjerte og ansatte samtalepartnere hadde tett samarbeid med avdelingene knyttet til kunnskap om mangfold, likeverd og migrasjonshelse, det var viktigere enn utdanning og kvalifikasjoner. Det kan stemme med det mine informanter forteller slik som Zahra: *«For meg er det veldig viktig å bli møtt der jeg er i livet, med de følelsene, tankene og sorgene en diagnose kan føre med seg. Jeg trenger en som kan minne meg på hva sykdom og diagnoser betyr for meg i livet nå, men også i livet etterpå som en muslim. Personlig har jeg blitt fulgt opp av en psykolog når jeg var innlagt, men jeg følte at jeg ikke ble sett. Jeg ønsker en som kan se på min funksjonsnedsettelse, og min mentale helse som en helhet. En samtalepartner bør kunne begge deler og kunne støtte deg i det religiøse perspektivet.» (Zahra)*

«Jeg savnet ikke noen som kunne ritualer, men kunnskap om psykisk helse og religionsdelen. Hva sier Allah om sykdom og død? Hvilket vers i koranen bør jeg lese? Jeg følte at den psykiske delen var tabu for en imam å snakke om. Det ble feid under teppet av sykehusimamen. Jeg fikk ikke lov til å gråte av imamen. Jeg ønsket en som hadde kunnskap nok til å kunne sitte der å tåle det som ble sagt. Utdanning om traume og sorgarbeid er viktige kvalifikasjoner. Hvordan skal en samtalepartner snakke med pårørende og pasienter om sorgarbeid? Det er fint med kunnskap om islam, men jeg savnet kunnskap om den psykiske delen.» (Khadija)

Hussain mente, *«Jeg tenker det viktigste alle samtalepartnere i helse- og omsorgsinstitusjoner har utdanning og kvalifikasjoner i det å føre en samtale med mennesker i kriser. Jeg savnet en som kunne møte meg på mine premisser og der jeg var i livet. Religion bør ikke være hovedtyngden som utdanning og kvalifikasjon,*

men tenker det er en fin tilleggskompetanse. Jeg tenker også at en muslimsk samtalepartner også bør ha de samme kravene som de andre samtalepartnere.»
(Hussain)

«Det er viktig med tilstrekkelig religion og kulturforståelse. En muslimsk samtalepartner bør ha forståelse for den vedkommende møter i samtalen. Det er også viktig med utdanning innen teologi, fordi man skal legge vekt på islamsk levesett.» **(Adam)**

«En muslimsk samtalepartner bør skille seg ut fra en imam. Det holder ikke å kalle seg selv for en imam, fordi det kan virke distanserende. Vedkommende bør være utdannet innen samtaleteneste og sjelesorg, og forstå at muslimer er forskjellige. Det er ikke tilstrekkelig med kun kunnskap om religion. En muslimsk samtalepartner bør gå litt ut av boksen som handler om rett og galt og forstå mennesket på en dypere plan. For eksempel forstå selvmordsproblematikken.» **(Yasmin)**

For å prøve å få frem hvilke kvalifikasjoner og utdanning helseforetak ser etter når det gjelder muslimsk samtaleteneste stilte jeg samme spørsmål til alle. Det ser ikke ut som om alle helseforetakene har et felles utgangspunkt her. Jeg stilte følgende spørsmål **«Hva slags refleksjoner har dere gjort rundt kvalifikasjoner og utdanning rundt muslimsk samtaleteneste? Hva slaget tanker har du til at en muslimsk samtalepartner bør ha kultur og språkforståelse?»**

Alle helseforetakene hadde en del krav, tanker og refleksjoner rundt disse spørsmålene. Alle helseforetakene opplyste også at de hadde en tolketjeneste på huset som de ofte benyttet seg av i tillegg til muslimske samtalepartnere. Helseforetak 1 ønsker en med spesialkompetanse innen samtalepraksis eller sjelesorg, (men var klar over at mange ikke besitter slike kvalifikasjoner og utdanning.) *«Vi søker i prinsippet en med master eller spesialkompetanse innen samtalepraksis eller sjelesorg. Vi vet at mange ikke har slik utdanning. Minimum er bachelorgrad. Mastergraden i lederskap, etikk og samtalepraksis ville vært noe i riktig retning.»* **(Helseforetak 1)**

Helseforetak 2 ramset opp de strenge kvalifikasjonskravene til sykehusprestene, i tillegg hadde de tett samarbeid med avdeling for mangfold og migrasjonshelse. På bakgrunn av det, mente de at de hadde mye kunnskap og ulike perspektiver på for eksempel livets siste fase, og kom med eksempel på dilemma som sykehuspersonell kan møte. Det hendte at en familie eller en religiøs autoritet ikke ønsket at en pasient skulle motta smertelindring ved livets siste fase, noe som var i strid med deres plikt om å gi forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Under slike dilemmaer ble preste- og samtaletjenestens kompetanse viktig som en refleksjonspartner.

Helseforetak 3 har ikke hatt så mange tanker rundt formelle krav. Men det er viktig å hjelpe folk i kriser, gi omsorg, bønn og lesing fra koranen.

Erfaringer fra helseforetak 1 viste at den viktigste oppgaven var å være til stede for folk som trengte det, enten det var i form av samtaler, ritualer eller som en slags kulturtolk. *«Kultur og språkforståelse var bakgrunnen til den vi ansatte som sykehusimam.» (Helseforetak 1)*

«Det er sikkert ulike syn på hvilken måte og hvilket nivå man skal legge utdanningskrav til en samtalepartner. Det er institusjonenes ansvar for å sørge for kvalifiserte personale slik at de medarbeiderne ved behov også får ressurser og mulighet til kompetanseløft. Kultur og språkkompetanse er viktig. Vi har en viss kompetanse på kultursensitivitet her hos oss, da vi har et tett samarbeid med avdeling for mangfold, likeverd og migrasjonshelse.» (Helseforetak 2)

«Vi har ikke så mange tanker rundt formelle krav. Men for oss er kollegaen en viktig ressurs til videreutdanning. Den ansatte samtalepartneren hos oss har tilstrekkelig med kultur og religionsforståelse.» (Helseforetak 3)

Informantene mine som er muslimske pasienter og pårørende hadde noe erfaring i møte med språk og kulturbarrierer i møte med helsevesenet. Khadija fikk ikke den hjelpen hun ønsket fordi sykehusimamen ikke snakket godt norsk og han snakket heller ikke morsmålet hennes. *«Jeg synes det er fint med kunnskap om islam, men en av sykehusimamen vi fikk tilbud om å snakke med kunne så vidt norsk, han*

snakket bare urdu. Et språk jeg ikke forstår. Jeg følte ikke at det hjalp oss.»

(Khadija)

Adam opplevde også at en i nær familie ikke fikk den hjelpen som vedkommende ønsket på grunn av manglende språk og kulturkompetanse. Mens for Hussain var det ikke så viktig med lange foredrag om sorg og styrke i islam, men heller møte han på hans premisser. *«Jeg savnet en muslimsk samtalepartner som kunne føre en samtale i den krisen vi stod i. Jeg savnet en som kunne møte meg på mine premisser der jeg var i livet. Religion bør ikke være hovedtyngden, men selve samtalen er viktig» (Hussain)*

6.6 Profesjonsetikk eller profesjonsetiske retningslinjer? Senderorganisasjon og organisering av samtaletilbudet

Alle mine informanter som har muslimsk bakgrunn hadde i utgangspunktet tilknytning til et muslimsk trossamfunn, enten via medlemskap eller at de hadde vært medlem. Jeg synes det var interessant at samtlige mente at ansvaret for muslimsk samtaleteneste ikke burde ligge hos trossamfunnet. Alle var enige om at helseinstitusjoner og staten bør organiserer samtaletilbudet. Hussain mente at «oppsynsrollen» ikke passet trossamfunn, men at det var institusjonenes ansvar, eller at man oppretter et helt nytt organ som tar seg av den rollen. Både han, Khadija og Zahra pekte på etiske retningslinjer knyttet til profesjonsetikk, personvern og taushetsplikt.

«Jeg tenker at helseinstitusjonene bør organisere samtaletenesten. Institusjonene bør finne en samtalepartner som har kunnskap og utdanning om sorg og psykisk helse, og litt kunnskap om islam. I min situasjon savnet jeg en samtalepartner som kunne se det helhetlige bildet av vår sorgprosess da et nært familiemedlem døde. Sykehusimamen hadde kulturelle og religiøse verdier som hindret han til å være min samtalepartner.» (Khadija)

«Ansvaret skal ligge hos helseinstitusjonene. Mitt personlige inntrykk er at moskeene er sosiale arenaer, og tar vare på den religiøse biten som fellesbønn.

Helseinstitusjonene har både kunnskap og kompetanse, og ikke minst troverdigheten til å følge opp pasienter og brukere med sykdommer og diagnoser. Det er også viktig at taushetsplikten blir overholdt. Jeg kan fort bli usikker overfor en moske om taushetsplikten blir overholdt, det er en helseinstitusjon bedre til å ivareta.» (Zahra)

«Jeg mener det skal være helseinstitusjonene som skal organisere tilbudet. Noe annet er uforsvarlig. Det er for å sikre at man ikke gir råd og veiledning som bryter med etiske retningslinjer. Spesielt i situasjoner der rådene kan føre til uønskede konsekvenser hos den som har vært til en samtale.» (Hussain)

«Jeg ser for meg at det vil bli vanskelig at enkelte trossamfunn skal organisere samtaletilbudet, fordi de er så forskjellige. I utgangspunktet skal det være lav terskel for å nå fram til denne tjenesten. Hvis trossamfunn skulle organisere ville det vært forvirrende.» (Yasmin)

«Hvis et samtaletilbud er grunnlovsfestet er det opp til staten å organisere tilbudet. Om de ønsker å involvere trossamfunn så er det bra, men som hovedregel bør ansvaret ligge hos helseinstitusjonene.» (Adam)

Til helseforetakene spurte jeg tilsvarende spørsmål. Det som har vært viktig for meg å forske på med bakgrunn av min problemstilling har vært profesjonsetiske retningslinjer og tilhørighet til en sendermenighet. De virket ikke så reflekterte og opptatt av profesjonsetiske retningslinjer og rolleforståelse overfor en muslimsk samtalejeneste, men hadde en del tanker rundt sendertilhørighet. Ingen av mine informanter hadde tatt stilling til en sendertilhørighet. Helseforetak 1 sa retorisk at vi måtte tenke på om det fantes noen hensiktsmessige muslimske senderorganisasjoner. Legitimitet kunne også vært ulikt og ville ikke kunne brukes i alle sammenhenger mente helseforetak 2. De fortalte at de tar i utgangspunkt i pasientenes behov, og møter dem på deres premisser ut fra sin trostradisjon. Helseforetak 3 tenkte at en sendertilhørighet ville ekskludere en viktig gruppe som heter «*nones*» (de som ikke tilhører noe trossamfunn.)

*«Det er ikke viktig for oss med en sendertilhørighet. Grunnen til at jeg tenker dette er at vi må tenke over om det finnes hensiktsmessig muslimsk senderorganisasjon. Tillit er mer viktig for oss. Uten tillit kan det føre til at pasienten blir holdt på avstand.»
(Helseforetak 1)*

«Mitt inntrykk er at senderorganisasjonene kan være mangfoldige og sammensatte, og at en som har legitimitet ikke nødvendigvis har legitimitet hos en annen. Hvis vi skulle vente på at trossamfunn selv fant en kvinne de kunne sende ville det ta for langt tid. Derfor er det viktig at vi starter den prosessen ved å åpne landskapet litt mer og se hvor veien videre kan gå.» (helseforetak 2)

«Vi har ikke tatt noe stilling til dette. Selv om det har vært en tradisjon at sykehusprestene skal tilhøre en sendermenighet, så synes jeg det blir problematisk å møte det samme kravet når det gjelder muslimsk samtalejeneste. Fordi det vil ekskludere de såkalte «nones» som ikke tilhører noe trossamfunn. De blir ikke kludret selv om vi ønsker det. «(Helseforetak 3)

I spørsmål om hvem som fører tilsyn med arbeidet som blir gjort, profesjonsplakat og profesjonsetiske retningslinjer svarte alle ulikt. Jeg spurte om de hadde tenkt på profesjonsetikk, profesjonsetiske retningslinjer, og etisk vurderingsevne med tanken på å forstå at du kan havne i situasjoner hvor du setter etiske spørsmål på spill. Jeg kom med et eksempel om en imam som fungerer både som sykehusimam og imam på den lokale moskeen. Det virket ikke som om de forstod eller hadde tenkt gjennom spørsmålet før. Eller så relaterte de ikke en muslimsk samtalepartner til en (fremtidig) profesjon? Når det gjelder profesjonsetiske retningslinjer var praksisen og svarene ulikt. Helseforetak 3 presiserte at prestedtjenesten har et religiøst tilsyn av biskopen, samtidig som om det er leder for prestedtjenesten som har ansvar for at jobben til muslimske samtalejeneste blir gjort på en tilfredsstillende måte som sykehuset kan stå inne for. Taushetsplikt var viktig for alle. Ellers var det ikke så mye refleksjoner rundt yrkesetiske retningslinjer i møte med pasienter, pårørende og kollegaer.

«Vi møter biskopen en gang i året for å informere om arbeidet vi har gjort. Rollen som muslimsk samtalepartner har enda ikke blitt definert som en profesjon. Hos oss

er den arbeidsbeskrivelsen ikke nedtegnet, men vi reflektere kontinuerlig om hva jobben innen preste- og samtalejeneste går ut på.» (Helseforetak 1)

*«Vi har vært tilknyttet et annet foretak gjennom en avtale om samtaletilbud. Vi har ikke hatt noe innsyn i hva som har skjedd med tanken på tilsyn. For oss er det avgjørende at taushetsplikten overholdes. Informasjonen som man mottar på oppdrag fra sykehuset kan ikke bringes videre i andre sammenhenger.»
(Helseforetak 2)*

«Alle har taushetsplikt. Jeg ser til at vår samtalepartner jobber på en måte som sykehuset kan godta. For oss er alle oppgaver like viktige. Den ansatte jobber sjeldent alene.» (Helseforetak 3)

Ut fra det mine informanter fra helsevesenet har sagt om sendermenighet kan det virke som om det ikke er så viktig å ha en tilknytning til en senderorganisasjon. Men de sa ikke så mye om profesjonsetiske retningslinjer, jeg spurte om det finnes bevissthet rundt etiske retningslinjer, om at man er oppmerksom på pasienter, og de etiske refleksjonene man kontinuerlig står overfor i sin rolle som aktualiseres i møte med andre. Det handler om man har den evnen til å forstå at man kan havne i situasjoner hvor man setter etiske spørsmål på spill. Som da Khadija ble avvist av sykehusimamen.

Senderorganisasjonene er mangfoldige, det vil bli vanskelig å finne en som har legitimitet hos alle. Selv de store paraplyorganisasjonene som favner mange muslimer, har ulik tillit hos ulike moskeer og muslimer. Tillit er viktig for å møte pasienter på deres premisser. Alle de jeg snakket med satte pasientenes behov og tilgang til sin trostradisjon høyt. Et helseforetak trakk frem en viktig og raskt voksende gruppe i samfunnet vårt, de såkalte *nones* som ikke har noe tilhørighet til noe trossamfunn. De ønsket å inkludere denne gruppen. Muslimske samtalejeneste er kun et tilbud utover en eksisterende prestetjeneste, og ikke en profesjon. Det kan virke som om alle helseforetakene hadde ulike tanker rundt rolleforståelse, men alle var enige om at taushetsplikten var et krav. Ingen hadde tenkt noen tanker eller reflektert over hva det vil si å ha en profesjonsetisk vurderingsevne og forstå at du

kan havne i situasjoner hvor du setter etiske spørsmål på spill, i muslimsk samtaleteneste.

Jeg har i dette kapitlet presentert mine funn. Problemstillingen min er *Hvordan defineres rollen som muslimsk samtalepartner med utgangspunkt i kjønn i norsk helsevesen?* Med det som utgangspunkt har analysedelen min dreid seg om å finne mønster og sammenhenger opp mot problemstillingen. De andre sentrale perspektivet for problemstillingen min handler kultur, språk, profesjonsetiske retningslinjer, kjønn og dømmekraft, sendertilhørighet, utdanning og kvalifikasjoner. Ut fra materialet mitt mener mine informanter at både kvinner og menn kan fylle rollen som muslimsk samtalepartner. Jeg har funnet ut at Khadija fikk tilbud om å snakke med en sykehusimam. Imamen endte opp med å avvise henne fordi hun var en kvinne. *«Da han kom, måtte mannen min være til stede under hele samtalen mente imamen. Til slutt orket ikke mannen min å være til stede fordi vi håndterte sorgen forskjellig. Jeg ønsket en å snakke med og lufte tankene mine med. Imamen avviste meg og sa; du er jo muslim, hvorfor skal du i det hele tatt ha noen å snakke med?» (Khadija)*

Helseforetakene har også tenkt på en kvinne som muslimsk samtalepartner, men er redde for å skape oppstandelser. Ut fra materialet virker det som om det rituelle og religion er mindre viktig enn psykisk helse, kvalifikasjoner og utdanning.

Sendertilhørighet var ikke så viktig. I neste kapittel skal jeg drøfte mine funn med teorigrunnet mitt.

KAPITTEL 7 DRØFTNING

I dette kapitlet drøfter jeg funnene mine med hjelp av teori. Formålet med denne masteroppgaven er å oppnå økt kunnskap, nye tanker, holdninger og refleksjoner rundt kjønnsperspektivet på muslimsk samtaleteneste i Norge, kjent som chaplaincy internasjonalt. Dette oppnådde jeg ved å tematisk intervju ansvarlige for preste- og samtaletenesten ved tre helseforetak, samt intervju fem pasienter og pårørende med muslimsk bakgrunn. Problemstillingen min var som følgende: *Hvordan defineres rollen som muslimsk samtalepartner med utgangspunkt i kjønn i norsk helsevesen?*

Slik jeg forstår det, er muslimsk samtalejeneste et felt som ikke er allmenn kjent, det finnes derfor ingen naturlig gruppe å henvende seg til i Norge. Det finnes en del forskning på feltet internasjonalt, som jeg har belyst i teoridelen. Fram til nå har det vært vanlig å bruke tittelen imam (sykehusimam, feltimam) som kan betjene muslimsk samtalejeneste.

Et mangfoldig og pluralistisk samfunn byr på muligheter og utvikling, men det medfører også utfordringer som må adresseres. Det har vært viktig for meg i oppgaven å løfte frem hvordan ivareta en likeverdig helsetjeneste til heterogene minoritetsgrupper, slik som muslimer i Norge. Ut fra dette har det vært ekstra viktig å utforske mine informanternes holdninger og tanker til muslimsk samtalejeneste. Jeg har kategorisert mine funn, og de fire temaene ble som følgende (1) en imam eller en muslimsk samtalepartner? Kultur, språk, utdanning og profesjonsetiske retningslinjer i møte med muslimsk omsorgspraksis i helse og omsorgsinstitusjoner. (2) Hvordan defineres rollen som muslimsk samtalepartner med utgangspunkt i kjønn i norsk helsevesen? (3) Sendertilhørighet og ansvar for muslimsk samtalejeneste. Jeg har trukket frem funn som er spesielt gjennomgående i informantenes beretninger og i forhold til min problemstilling. Mine funn vil diskuteres i lys av teorigrunnlaget og eksisterende forskning.

[7.1 En imam eller en muslimsk samtalepartner? Kultur, språk, utdanning og profesjonsetiske retningslinjer i møte med muslimsk omsorgspraksis i helse og omsorgstjenester.](#)

Ifølge islamsk tradisjon er muslimsk omsorgspraksis en implisitt del av islam og har rot i Koranen og profeten Muhammads liv og levemåte. Denne implisitte formen for enhver muslim illustrerte profeten gjennom metaforen «å være en hyrde for alle». Det har derfor ikke vært naturlig å oppsøke en imam eller muslimsk samtalepartner i en institusjon for åndelig eller helhetlig omsorg. Det er fordi den implisitte delen er en del av den muslimske identiteten, og en integrert av hverdagen. Du skal ta vare på de syke, gamle og gi åndelig støtte gjennom koranen og profetens praksis.

Men i møte med helsevesenet aktualiseres muslimsk omsorgspraksis. Det var viktig at mine informanter ble sett på flere plan, både det spirituelle, det fysiske, mentale og

på åndelig plan. Det ble etterspurt av mine informanter, men det virket ikke som om helsetjenestene klarte å tilby dette. Dette kan også betraktes fra et annet synsvinkel gjennom artikkelen *Åndelig omsorg er en del av sykepleien* (2015). Artikkelen forteller at pasienters uttrykk for åndelige behov blir lite etterspurt, og pasienter tør ikke be om hjelp. Artikkelen peker på at helsepersonell mangler verktøy og språk for å fange opp behovet. (Kuven og Bjorvatn, 2015) Dette kommer tydelig fram når min informant Zahra forteller at hennes åndelige behov ikke ble møtt i møte med helse- og omsorgstjenester. Hun er selv medlem av et muslimsk trossamfunn, men hadde aldri vært inne i en moske på grunn av manglende universell utforming. Hun er langvarig bruker av ulike helse og omsorgstjenester, men føler seg ikke godt nok ivaretatt på det religiøse plan i møte med helsevesenet. Et annet relevant punkt som aktualiserer min problemstilling, er at Zahra opplevde en imam, som en som begrenset henne som en kvinne, ved at hun ikke kunne snakke åpent med sykehusimamen. Hun ønsket gjerne å møte en kvinne som muslimsk samtalepartner, fordi hun mente det var lettere å være mer åpen.

Det er flere andre muslimske pasientgrupper som opplever å stå utenfor muslimske trossamfunn og blir derfor ikke representert når man tenker på muslimsk samtaletjeneste. Det kan være muslimer med funksjonsnedsettelse, kvinner som ikke kan innta lederroller i moskeer og skeive muslimer. Muslimske trossamfunn har fått mye kritikk for å være lite representativt når det kommer til kjønn. «Religiøse tradisjoner er uten unntak preget av en tankegang der kjønnsforskjeller er stratifisert: menn har større makt enn kvinner. Selv om religiøse tradisjoner i ulik grad har konfrontert dette og mange ønsker en mer likestilt posisjon for kvinner og menn, er forskjellsbehandling på grunnlag av kjønn fortsatt en høyst aktuell del av de fleste religiøse tradisjoners praksis.» (Grung og Leirvik 2012, s. 83)

Dette bør helsevesenet være bevisst i møte med pasienter og pårørende der de eksistensielle behovene er religiøst betinget. Behovene kan forsterkes ved akutt- eller langvarig sykdom, død og andre livskriser. Muslimer er en mer heterogen gruppe nå enn tidligere, helsevesenet bør derfor være forberedt på å møte pasienter og pårørende med varierende grad av religiøs overbevisning og tilsvarende variert behov innen psykisk helse, sykdomsforståelse og kvinnehelse. Noen av

informantene mine gav uttrykk for at religion var en mindre viktig del av tilbudet de savnet, de ønsket å bli møtt der de var i livet, og bli sett for hele seg. Dette bekreftes av både Hussain og Yasmin. «En imam i islam er kun en tittel for en som leder bønn.» (Hussain)

Basert på det mine informanter forteller meg, og det som har kommet frem i både pensumdelen og analysedelen er det ikke kunnskap om teologi som er mest etterspurt i møte med pasienter og pårørende, men behovet for å bli sett som et helt menneske, der også den religiøse delen blir ivaretatt. Analysedelen min forteller meg at samtlige av helseforetakene vektlegger flerkulturell- og interkulturell forståelse, språkkunnskap, og at teologisk utdanning kommer ganske langt ned på listen. Det var der skoen trykket mest. «Kultur og språkforståelse var bakgrunnen til at vi ansatte en sykehusimam.» (Helseforetak 3)

Når du jobber i helsevesenet møter man pasienter og pårørende med en annen kulturell bakgrunn enn dem selv. Da er det viktig med riktig kompetanse for å møte disse behovene på en god måte. Både sykdom, kulturell- og religiøs praksis varierer blant muslimer. En arbeidsinnvandrer fra Asia har ikke nødvendigvis de samme religiøse behovene som flyktning fra Irak eller Bosnia. En innvandrer som kommer fra en storby har mer til felles med nordmenn som bor i byen, enn de som bor på landet og motsatt. Det aktualiserer å tenke litt ut av boksen når det gjelder å møte de kulturelle og religiøse behovene til muslimske pasienter og pårørende. I de senere årene har det blitt lagt vekt på brukermedvirkning i Norge. «i helsevesenet skal det ta utgangspunkt i menneskers helhetlige behov, herunder fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov.» ²³

Basert på mine funn mener helseforetakene at en imamtittel kan virke begrensende med tanken på kjønn og representasjon. Dette ser vi også når Khadija forteller om hennes møte med muslimsk samtaletjeneste. Hun var pårørende, og sykehuset bestilte sykehusimamen for samtale. Da imamen kom måtte mannen hennes være til

²³ Meld. St. 38 (2020–2021), Nytte, ressurs og alvorlighet— Prioritering i helse- og omsorgstjenesten4 Verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjeneste, hentet 18.04.2022
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/?ch=4>

stede som anstand under alle samtaler. Til slutt orket ikke mannen hennes å være til stede, fordi han sørget på en annen måte enn kona. Sykehusimamen endte da med å avvise min informant, fordi hun ikke hadde anstand, fremfor å fortsette dialogen med det familiemedlemmet som oppriktig hadde behov for å snakke med noen. Hvorfor ble Khadija avvist av sykehusimamen? Etisk er det et alvorlig og klart brudd på intensjonen til samtaletjenesten. En muslimsk samtalepartner må i samtaler treffe handlingsvalg på direkten, dette aktualiserer nødvendigheten av profesjonsetisk kompetanse i samtaletjenester. Til sammenlikning har prester en egen plakat for profesjonsetiske retningslinjer som sier noe om grunnleggende forpliktelser, verdier, åpenhet og møte med den andre.

Khadija mente religionskunnskap var bra i helsetjenesten, men hun savnet en som kunne møte henne der hun var i livet og i livskrisen hun var i. Hun savnet en som hadde kunnskap om psykisk helse, sorgarbeid og traumeforståelse, ikke bare en med religiøs forståelse og overbevisning som var begrenset på grunn av sin religion i møte med det motsatte kjønn.

«Profesjonsetiske retningslinjer er som et verktøy og støtte til det daglige arbeidet til en profesjon. Det skal bidra til refleksjon rundt dilemmaer, utøvelse av dømmekraft, tanker, skjønn og løsning på etiske problemstillinger, og det å forstå at man kan havne i situasjoner hvor man setter etiske spørsmål på spill.» (Christoffersen, 2019, s. 71-72) Det er problematisk at samtaletjenesten ikke har noen klare retningslinjer som muslimske samtalepartnere må følge. Dette kom tydelig fram da min informant i helseforetak 2 fortalte om erfaringer rundt etiske dilemmaer i møte med muslimske pasienter og pårørende. Det hendte at familier eller imamer med arbeid som samtalepartnere, ikke ønsket at en pasient skulle motta smertelindring ved livets siste fase basert på egne religiøse overbevisninger, noe som er i strid med helsepersonells plikt om å gi forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. En annen erfaring fra helseforetakene var at kvinnelige pasienter med muslimsk bakgrunn ofte måtte ha med seg mennene sine inn i pasientrommet. De fikk ikke møte opp alene. Ville dette vært akseptert hvis det var en etnisk norsk kvinne som hadde med seg mannen sin inn i pasientrommet? Dette aktualiserer tydelig hvorfor det er nødvendig med en

tydeligere profesjons etiske kompetanse, og at det bør utarbeides etiske retningslinjer for alle i samtaletjenesten.

Mange imamer i Norge blir invitert inn fra utlandet. Det begrenser kjennskap til den norske kulturen og språket. Dette ble trukket frem av min informant Khadija, som fikk tilbud fra sykehuset om samtale med en imam som verken snakket godt norsk, eller morsmålet hennes. «En av sykehusimamene vi fikk tilbud om å snakke med kunne så vidt norsk. Han snakket bare urdu, et språk jeg ikke forstår.» (Khadija) Hvem har ansvar for at Khadija fikk tilbud om å snakke med en sykehusimam som ikke behersket norsk eller morsmålet hennes? Her ble ikke Khadija sin rett til likeverdig helsetjeneste ivaretatt. Å hente inn imamer som ikke behersker norsk, kan påvirke teologiske vurderinger, som igjen kan gå utover pasientsikkerheten. I boken *Understanding Chaplaincy* (Gillat-Ray m.fl. 2013), kommer det frem at Storbritannia har tatt tak i denne utfordringen, ved at det utelukkende rekrutteres britiskfødte muslimer innen samtaletjenesten. Resultatet har blant annet vært utviklingen av utdanningsinstitusjoner for muslimske samtalepartnere i samarbeid med offentlige institusjoner. (Gillat-Ray mfl., 2013, s.9) I norsk sammenheng har vi masterprogrammet lederskap, etikk og samtalepraksis ved Det teologiske fakultet som tilbyr norsk utdanning innen chaplaincy-feltet i norsk kontekst.

En imam eller en mann som muslimsk samtalepartner trenger nødvendigvis ikke å være noe negativt. Min informant Adam forteller at han helst møter en mann som muslimsk samtalepartner, framfor en kvinne. Han begrunnet det med sin personlige religiøse overbevisning knyttet til kropp. Adam kan tolkes fra flere synsvinkler. Han føler at hans åndelige og helhetlige behov i møte med helse og omsorgstjenester er dekket når han får ta vare på sin kropp etter egen religiøs overbevisning, samtidig viser han refleksjoner med at en kjønns spørsmålet ikke begrenser hans møte med en muslimsk samtalepartner enten det er mann eller kvinne. Hans overbevisning gjaldt nødvendigvis ikke en sykehusimam. En imam hadde en viktig funksjon, men med visse begrensninger. Først og fremst brukes imam som en leder i religion, eller leder for fellesbønn. En imam trenger nødvendigvis ikke å bli assosiert med en mann, en kvinne kan også være en imam mener Barlas. (Barlas, 2011, s. 115)

I en hovedoppgave ved Psykologisk institutt: Imam eller psykolog? En kvalitativ studie av holdninger til psykisk helse og psykoterapi blant personer med muslimsk tro bosatt i Norge av Julie Høring Lindevall forklarer også hennes informanter om deres syn på imamrollen. Det er viktig at den som hjelper kan både relatere og forstå personen. En imam kan hjelpe og veilede ut fra religionen, og det spirituelle, men ikke forstås som en naturlig samtalepartner på det personlige og psykologiske plan. (Lindevall, 2019, s. 38-39)

Det er nærliggende å tro at flere muslimske kvinner har hatt samme opplevelse som Khadija hadde med en sykehusimam i Norge. Basert på mine funn er det nødvendig med mer kunnskap om muslimsk omsorgspraksis i møte med helse og omsorgstjenester. På den ene siden har en imam en viktig funksjon i trossamfunn i kraft av å være en religiøs leder, men på den andre siden viser mine informanter at en imam ikke nødvendigvis kan fylle rollen som en muslimsk samtalepartner. Imamtitelen kan virke både begrensende og ekskluderende med tanken på kjønn, representasjon, utdanning og kvalifikasjoner. Vi trenger mer kunnskap om menneskene bak islam, kunnskap om muslimer og mangfoldet.

7.2 Hvordan defineres rollen som muslimsk samtalepartner med utgangspunkt i kjønn i norsk helsevesen?

Patriarkalske strukturer har vært, og er, sterkt til stede når det kommer til religiøs kunnskap om kvinnerollen i islam. Spesielt mener Asma Barlas at kjønnsperspektivet reflekterer sosiale maktforhold og menns synspunkter som ofte blir hørt til fordel for kvinner. (Barlas, 2011, s.199) Dette kommer klart frem da OUS valgte å ansette en sykehusimam i 2021 uten å ta med kvinner i rekrutteringsprosessen. Det ble begrunnet med behovet for tillit inn i det muslimske miljøet, og at valget derfor falt på en imam, og OUS var tydelige på at kvinner ikke var kvalifiserte, fordi de ikke ville være anerkjente som imamer. I Storbritannia har man problematisert kjønnsrollene i muslimsk samtalejeneste, chaplaincy med at det er vanskelig å inkludere kvinner som muslimske samtalepartnere fordi de mangler nettverk og er lite representert i muslimske trossamfunn. Noe av de samme utfordringene mener jeg Norge har. Kvinner utgjør en mindre del av «ansiktet utad» i moskeer og det er derfor vanskelig

å få innpass og å representere muslimer i offentlig sammenheng, som å jobbe med åndelig og helhetlig omsorg i offentlige institusjoner. I teorigrunnlaget mitt har jeg presentert dette fra flere synsvinkler. Jawad mener når det gjelder spørsmålet om kvinners deltagelse i det offentlig, handler spørsmålet ofte om muslimske kvinner er i stand til å påta seg lederroller og autoritet. Gjennom store deler av islams historie har kvinnelig lederskap blitt løftet frem, og det fremstår som gapet mellom kvinner og menn er dypt forankret i patriarkalske tolkninger. Trossamfunn og storsamfunnet har ikke vært gode nok til å inkludere kvinner i nøkkelposisjoner. (Jawad, 2009, s. 8) Her har storsamfunnet hvilt seg på en side som prøver å legitimere en type tolketradisjon som reduserer kvinnelig deltagelse i forhold til menn.

Slik mine informanter uttrykte seg kunne samtlige møte en kvinnelig muslimsk samtalepartner. Informantene mine fra helseforetaket baserte seg også på den totale erfaringen hvor det er snakk om kvinnesykdommer, gynekologi og i fødeavdelingen og tenkte det gjerne kunne være en kvinne som muslimsk samtalepartner, men mente det ville skape oppstandelser i det muslimske miljøet med en kvinne som sykehusimam. Dette ser vi tydelig når min informant Zahra mener det er enklere for henne å snakke med en kvinne. «For meg er som er kvinne er opplevelsen, måten man ordlegger seg, støtter og viser omsorg mer fremtreden hos en kvinne.» (Zahra)

Selv om det er behov for kvinnelig sykehusimam i Norge, mener et helseforetak at kvinner ikke blir vurdert som muslimske samtalepartner i dag, utelukkende på bakgrunn av kjønn og at det ville skape oppstandelser i muslimske trossamfunn om en kvinne ble ansatt. Det viser at det er store kunnskapshull om kvinners posisjon og rolle i henhold til islamsk tradisjon og hva som har vært praksis i norske moskeer. Muslimske kvinner har ikke vært godt nok representert, og disse strukturene forplanter seg i offentlige stillinger som samtalepartner. Det kan virke som om sykehusene har en antagelse om at det ikke har vært en norm at muslimske kvinner kan være religiøse ledere og inneha kunnskap om islam på lik linje som menn. Lignende erfaringer forteller forskning fra utlandet oss også. Gillat-Ray mfl har problematisert kjønnsperspektivet i muslimsk samtalepartner i boken «Understanding Muslim Chaplaincy» (2013). Kvinner mangler nettverk og støtte fra muslimske trossamfunn, eller så har de trukket seg fra moskeen på grunn av

familieforpliktelser. En av løsningene på dette er at man i Storbritannia har fått muslimske utdanningsinstitusjoner. Disse institusjonene utdanner muslimske kvinner og menn innen chaplaincy-feltet for å formalisere muslimsk samtale-tjeneste i institusjonene. (Gillat-Ray mfl, 2013, s.115)

En annen årsak til den manglende synliggjøringen av kvinner som muslimske samtalepartnere i et samfunnsmessig perspektiv handler om kunnskap og hvilken institusjon som videreføre denne kunnskapen. I lys av Foucault er makt og kunnskap en mulig tolkning på kjønnsperspektivet. Makt angår alle samfunnsområder. Makt kan handle om politikk, økonomi, sosiale forhold, kjønn og religion. Foucault var opptatt av moderne institusjoners kombinasjon av makt og kunnskap, og makt i arbeid for sosial kontroll og disiplin. Foucault fremhevet hvordan vitenskapens språk, som kunnskapen uttrykkes i, både blir styrende og ekskluderende. Makt kan være både synlig og usynlig. Makt kan også handle om posisjon og individuell påvirkningsmulighet. Jeg har i teorigrunnlaget mitt visst til at det finnes ulike tolkninger og perspektiver på hvordan man definerer rollen som muslimsk samtalepartner med utgangspunkt i kjønn i norsk helsevesen. En viktig faktor som taler for at det er en utfordring å inkludere kvinner som både sykehusimam og muslimsk samtalepartner er som belyst i teorigrunnlaget mitt, oppfatningen om at imamrollen kun kan fylles av menn, og at begrepet imam ofte brukes til som et synonym til muslimsk samtale-tjeneste. En imam blir også sammenlignet med en prest. Både kvinner og menn kan være prester, hvorfor kan ikke både muslimske kvinner og menn være sykehusimamer?

Det kan virke som om institusjonene ønsker å inkludere kvinner, men at de ikke vet helt hvordan de skal få det til. Et eksempel er et helseforetak som ønsket en kvinne som muslimsk samtalepartner, men var redde for oppstandelser fra det muslimske miljøet. «Jeg kunne tenke meg å kalle en kvinne en sykehusimam, men det ville virke provoserende i en religion man ikke kjenner helt til.» (Helseforetak 3)

Her ser vi tydelig hvordan kjønnsspørsmålet i muslimsk samtale-tjeneste blir sett på og forstått fra en offentlig institusjon. Det er store kunnskapshull og antagelser om kjønnsroller i muslimske trossamfunn. Hva får helseforetak 3 til å tenke at det kan virke provoserende å kalle en kvinne for sykehusimam? Hvem har ansvaret, er det

institusjonene, politikken eller trossamfunn? Dette utsagnet hviler mer på en patriarkalsk tolkning av muslimske kvinners posisjon i muslimske trossamfunn, og den forplanter seg inn i det offentlige hjelpeapparatet. Klassiske patriarkalske tradisjoner og holdninger har blitt produsert jevnlig. Mangel på muslimske kvinner i offentlige stillinger vil bidra til å fremmedgjøre kvinner som religiøse ledere og formidlere. I Norge er det i overkant av 60 år siden Norge fikk sin første prest. Før Ingrid Bjerkås ble ordinert til prestedtjeneste var det en stor enighet i både det politiske landskapet og i menighetene at kvinner ikke skulle ordineres som prest. (Gilje, 2014, s. 444)

Mine informanter som er muslimske pasienter og pårørende forteller meg at det er et skrikende behov for kvinner som sykehusimamer og muslimske samtalepartnere. Dette mener Khadija: «Jeg hadde følt meg mer komfortabel og kunne være mer personlig og ærlig med en kvinne. Med imamen følte jeg at han dømte meg. Jeg fikk verken lov til å sørge og gråte.» For både Zahra, Yasmin og Hussain hadde det vært mer komfortabelt å snakke med en kvinne. Hvorfor blir ikke det behovet dekket?

Islamsk tradisjon viser at kvinner kan være likeverdige bidragsytere til islamsk omsorgspraksis. Det har ikke vært noe praksis som utelukker kvinner i islamsk tradisjon og historie. Kvinner har ifølge Kalmbach tatt disse rollene i tidlig islamsk historie, men møtte mye motstand. De hadde en rekke fremtredende roller, både som formidlere av hadith-litteraturen, imamrollen, som lærde og som rituelle og fortolkende autoriteter. Muslimske kvinner har også bidratt til en rekke reformbevegelser, de har krevd mer plass, og bidratt til nytolkninger av kvinnes posisjon som religiøse ledere i islam. (Kalmbach, 2012, s 16-17)

Helseforetakene virket samstemte i én ting. Det var verken noen faglige, etiske eller formelle begrensninger knyttet til om kvinner kunne fungere som muslimske samtalepartnere hos dem. Det ble heller nevnt at de ønsket å trå varsomt fordi tillit i det muslimske miljøet er viktig, og det var en frykt for at det å velge en kvinne ville bli sett på som en provokasjon, og dermed gjøre videre samarbeid vanskelig. Dette løfter en interessant diskusjon mellom vekting av religionsfrihet opp mot bestemmelser knyttet til likestilling og likeverd. Hvor mye skal man tilpasse seg som

en offentlig aktør for å ivareta senderorganisasjoners religiøse fortolkning, når det ifølge de samme institusjonene går på bekostning av tilbudet til pasientene.

Å ta islam på alvor som en del av helse og omsorgstjenester innebærer også å stille seg selv kritiske og reflekterende spørsmål. På hvem sine premisser foregår den offentlige diskursen rundt islam, og hvilken tolketradisjon løftes frem framfor en annen? Det hele baserer seg på konteksten og maktforholdene som er hovedutfordringen i dag.

7.3 Sendertilhørighet og ansvar for muslimsk samtaletjeneste

Forsker Marion Holmes Katz mener at en imams oppgave begrenser seg til å lede i fellesbønn ved å stå først i rekken. Ifølge islamsk tradisjon har en imam altså i prinsippet ingen maktposisjon og er ikke en mediator mellom Gud og mennesker. (Katz, 2013, s.139) I Norge finnes det ingen islamsk «råd» eller en «biskop» som taler på vegne av alle muslimer. Muslimer er en heterogen gruppe, noen er tilknyttet et trossamfunn, mens andre velger å ikke knytte seg til et enkelt trossamfunn. Mange muslimer kan være medlemmer av moskeer av lojalitet til familien og det muslimske miljøet. Islam har en veldig flat og desentralisert struktur til forskjell fra kristendommen som er hierarkisk oppbygd. Enhver muslim har personlig ansvar overfor sin skaper (Allah), og en imam eller religiøs leder har ingen mediator funksjon, men er en som kan gi deg veiledning i spørsmål om religiøs praksis. Det er per i dag ikke noe «råd» som har et formelt ansvar for moskeer og imamene og deres praksis i hverdagen. Statistikk over antall medlemmer gir oss en pekepinn på hvor mange som er registrerte i muslimske trossamfunn, men ikke hvem menneskene bak tallene er. Er det barn, er de medlemmer på bakgrunn av lojalitet eller landbakgrunn? Som nevnt tidligere vil muslimer i fremtiden vokse til en mer sammensatt gruppe med ulike religiøse behov i møte med helse- og omsorgstjenester. Indikasjoner fra statistikker tyder også på at flere vil melde seg ut av trossamfunn.

Sendertilhørighet viser også mine informanter i helseforetakene refleksjoner rundt. «Mitt inntrykk er at en sendermenighet kan være mangfoldig og sammensatte. En som har legitimert har nødvendigvis ikke legitimitet hos en annen.» (Helseforetak 2)

Hvis et helseforetak binder seg opp mot en muslimsk menighet kan det ekskludere andre muslimske pasienter og pårørende som ikke vil føle seg ivaretatt eller representert. Ingen av mine informanter mente det var viktig med sendertilhørighet, selv om det har vært en tradisjon at prester skal tilhøre en sendermenighet. Det blir problematisk med tanken på å ekskludere nones og kvinner som muslimske samtalepartnere.

Dette kom også tydelig fram fra mine informanter med muslimsk bakgrunn på spørsmål om sendertilhørighet. Jeg synes det var interessant at samtlige av mine informanter er eller hadde vært medlem av et muslimsk trossamfunn, og mente at helseperspektivet bør følges opp av institusjonene og ikke moskeene. Det er institusjonene som sitter med kunnskapen om psykisk helse og sorg. En moske ble beskrevet som en arena for bønn og andre samlinger. Mens helseinstitusjonene har både kunnskap og troverdighet til å følge pasienter og brukere med sykdommer og diagnoser. For Khadija så savnet hun en samtalepartner som kunne se det helhetlige bildet av hennes sorgprosess. For Zahra var taushetsplikten viktig, og Yasmin mente det ville virke forvirrende hvis trossamfunn skulle organisere samtaletilbudet.

Gjennom hele analysedelen har det vært gjennomgående at tillit, etiske retningslinjer, kunnskap og kompetanse å møte mennesker i ulike livskriser er viktig i møte med helsetjenesten. Et trossamfunn eller en imam har nødvendigvis ikke disse kvalitetene.

8. KONKLUSJON

Jeg har i denne masteroppgaven sett på følgende problemstilling: *Hvordan defineres rollen som muslimsk samtalepartner med utgangspunkt i kjønn i norsk helsevesen?*

Jeg fant ikke noe støtte for at en imam var mer foretrukket enn en muslimsk samtalepartner i min studie. Derimot fant jeg mye støtte for at det er stort behov for å møte en kvinne som muslimsk samtalepartner eller en kvinnelig sykehusimam. Det er basert på kvinnespørsmål, fødsel og gynekologi. Mine funn viser også at en av informantene mine ikke ble møtt på en likeverdig måte av en sykehusimam, min informant ble avvist av imamen på bakgrunn av at hun var kvinne. Det er nærliggende å tro at andre kvinner har blitt avvist av samme imam. Informantene mine uttrykte også at en imamtittel virker begrensende og at en kvinne er mer foretrukket i en samtalerelasjon. Basert på mine informanter mener samtlige at de gjerne vil møte en kvinne som muslimsk samtalepartner, og det er nærliggende å tro at det vil gjelde flere norske muslimer.

Funnene mine viser også at det er nødvendig å aktualisere profesjonsetikk og profesjonsetiske retningslinjer i samtaletjenesten. Muslimsk samtalepartner er per i dag ikke en profesjon, men de som jobber som muslimske samtalepartnere må treffe handlingsvalg, vise kjønn og dømmekraft i møte med mennesker. Dette viser også mine funn at er problematisk, og at det ikke har blitt reflektert noe særlig rundt yrkesetiske retningslinjer, moralske og etiske vurderinger.

Sendertilhørighet er ikke viktig for helse og omsorgsinstitusjonene da det ikke finnes noen muslimsk trossamfunn som har legitimitet hos alle, i tillegg vil det ta noe tid å inkludere kvinner, og de som ikke tilhører trossamfunn (*nones*).

Muslimsk samtalepartner er ikke bare teologi. Det handler om riktig utdanning og riktig kompetanse til å møte pasienter og pårørende der de er i livet, på deres premisser. Erfaringer fra helseforetakene viser også at utdanning innen teologi kommer lenger ned på prioriteringslisten, etter kunnskap om psykisk helse, sorgarbeid, migrasjonshelse, kultur, språk og interkulturell forståelse. Det er fordi norske muslimer er ikke en homogen gruppe, de har ulike behov, og bruker ulike kulturelle og religiøse tolkninger. De bør derfor bli møtt på en likeverdig måte med en

muslimsk samtalepartner der lojaliteten hovedsakelig er hos institusjonen og ikke hos en sendermenighet. Dette bør også helse og omsorgstjenesten være klar over når de skal møte en voksende pasientgruppe som vil ha ulike behov i fremtiden. Min analyse forteller også at det er behov for å øke kulturell kunnskap og kommunikasjon for helsepersonell, i møte med muslimske pasienter og pårørende. Mine funn viser kun et begrenset utvalg, jeg kunne ha fått andre svar om jeg hadde henvendt meg til et bredere utvalg med informanter.

Det trengs mer forskning på dette området, gjerne med flere deltagere og flere ulike perspektiver. Det vil være behov for å tenke på muslimsk samtalejeneste som faglig og etisk forankret i møte med en sårbar pasientgruppe. Min analyse, drøfting og konklusjon viser at det er et stort behov for mer forskning på dette feltet, og at institusjonene vil trenge mye støtte for å profesjonalisere en muslimsk omsorgstjeneste.

LITTERATURLISTE

Al-Nahi, R. (2022) *Å finne Gud i terapirommet* [Å finne Gud i terapirommet \(psykologisk.no\)](#)

Ansari, B. og Long, I. J. (2018) *Islamic pastoral care and the development of Muslim chaplaincy*, Journal of Muslim Mental Health, volume 12, Issue 1, s. 109-121

Aslan, E. (2013) *Early Community Politics and the Marginalization of Women in Islamic Intellectual History*, i Arslan, E. (red), Hermansen, M. (red) og Medini, E. (red) *Muslima Theology The Voices of Muslim Women Theologians*, Peter Lang Edition

Baig, N. (2020) *Omsorgsarbejde for muslimer på hospitaler i Sverige, Norge og Danmark*, Det Teologiske Fakultet, Universitetet i Oslo
[fagrappport-naveed-baig.pdf \(uio.no\)](#)

Barlas, A. (2011) *Believing women in Islam: Unreading patriarchal interpretations of the Qur'an*, University of Texas Press (2002, 7.opplag)

Bråten, B. (2019) *Døden, et kirkelig anliggende?*, Thorsen, L. (red) og Grippestad, B. H. (red), *Alt som lever må dø. Døden som tverrfaglig forskningsfelt*, Oslo: Scandinavian Academic Press.

Christoffersen, S. A. (2019) *Profesjonsetikk: Om etiske perspektiver i arbeid med mennesker*, Universitetsforlaget, 2.utgave.

Dalgard, A. B. og Østby, L. (2017, 22.november). *Det religiøse mangfoldet. 4 prosent muslimer i Norge?* [4 prosent muslimer i Norge? - SSB](#)

Døving, C. A. (2012) *Pressens mørkemenn/troens tjenere. Posisjon og selvforståelse blant sunnimuslimske imamer*, Døving, C. A. (red), Thorbjørnsrud, B. (red), *religiøse ledere. Makt og avmakt i norske trossamfunn*. Oslo, Universitetsforlaget.

El-Ali, L. (2021) *No truth without beauty. God, the Qur'an, and Womens Rights*, Palgrave Macmillian

Falk, B. (2016) *Å være der du er: oppmerksomhet, grenser og kontakt i den hjelpende samtalen*. Bergen. Fagbokforlaget, 2.utgave

Geaves, R. (2019) *The death pangs of the insider/outsider dichotomy in the study of religion*. Chryssides, i G. D. (red), Gregg. S. E. (red) *The insider/outsider debate. New perspectives in the study of religion*, Equinox Publishing LTD

Gilje, N. (2014) *Prestene*, Messel, J. (red), Slagstad, R. (red), *Profesjonshistorier*, Pax forlag.

Gillat-Ray, S., Ali, M., Pattinson, S. (2013) *Understanding Muslim chaplaincy*, Ashgate Publishing Limited

Grung, A, H. (2021) *Pluralisering av åndelig og eksistensiell omsorg i norske institusjoner, utfordringer, muligheter og spørsmål*, kirke og kultur 4/2021, s. 366-379

Grung, A. H. (2016) *Dialog og feminisme*, Fagerli, B. (red), Grung, A. H. (red) og Kloster, S. T. (red), *Dialogteori på norsk*, Verbaum Akademiske

Grung, A. H. og Leirvik, O. (2012) *Religionsdialog, identitetspolitikk og kompleksitet*, Norsk Antropologisk tidsskrift, Vol 23, Nr.1 s. 76-84

Hafiz, A. (2015) *Muslim Chaplaincy in the UK: The chaplaincy approach as a way to a modern imamate*, Religion, state and society Vol. 43, No 1, s. 85-99

Haugen, H. M. (2018) *Diakoni i velferdssamfunnet, mangfold og dilemmaer*. Fagbokforlaget

Hoel, N. (2019) *Taking the body seriously, taking relationalities seriously: An embodied and relational approach to ethnographic research in the study of (lived) religion*, i Chryssides, G. (red), Gregg, S. E. (red), *The insider/outsider debate: New perspectives in the study of religion*, Equinox Publishing LTD

Isgandarova, N. (2005) *Islamic spiritual care in a health setting*, i VanKatwyk, P. (red), Meier, J. (red), O`Connor, T, S. (red) *Spirituality and health: Multidisciplinary explorations*, Wilfred Laurier, University Press

Jalalzai, S. (2016) *Translating Islamic Authority: Chaplaincy and Muslim Leadership Education in North American Protestant Seminaries*, doktorgradsavhandling, Columbia University

Jawad, H. (2009) *Islamic Feminism: Leadership Roles and Public Representation*, Journal of Women of the Middle East and the Islamic World, Issue 7, s. 1-24

Kalmbach, H. E. og Bano, M. (2012) *Women Leadership and Mosques, Changes in Contemporary Islamic Authority*, Brill

Katz, M, H. (2013) *Prayer in Islamic Thought and Practice*, Cambridge University Press

Kleven, B. M. og Bjorvatn, L. (2015) *Åndelig omsorg er en del av sykepleien*, Sykepleieren 2015, 103(9), s. 56-58, Hentet fra <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.55165>

Koranen, vers 56: s.63-64. [Surah al-Waqi'a, Verses 41 - 96 | An Enlightening Commentary into the Light of the Holy Qur'an vol. 17 | Al-Islam.org](#)

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*, 2 utgave, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lindevall, J. H. (2019) *Imam eller psykolog? En kvalitativ studie av holdninger til psykisk helse og psykoterapi blant personer med muslimsk tro bosatt i Norge*, (mastergradsoppgave, psykologisk institutt, Universitetet i Oslo)

Malik, U. Prophet Muhammad: A Model of Pastoral/Spiritual Care, hentet 04.04.2022 <https://www.muslimspace.org/faithblog/prophetandpastoralcare>

Østhus. A. (2021, 27.september). *Færre tros- og livssynssamfunn søkte om tilskot.* [Færre trus- og livssynssamfunn søkte om tilskot \(ssb.no\)](#)

Polat, A. (2020) *Kan muslimske begravelseshandlinger have en diakonal betydning? En undersøgelse af muslimske begravelseshandlingers virkning på efterladte*, mastergradsoppgave, Aarhus Universitet

Rassool, H. (2016) *Islamic Counseling: an introduction to theory and practice*, London New York Routledge

Samtaletjeneste for muslimer, som var et ettårig samarbeidsprosjekt mellom muslimsk dialognettverk, Mental helse og Diakonhjemmet Omsorg.

Skovgaard-Petersen, J. (2020) *Muslimernes Muhammad og alle andres*, Gyldendal

Vogt, K. (2012) *Ikke prester, men lærde: Shia-muslimske ledere i Norge*, i Døving, C, A. (red), Thorbjørnsrud, B. (red) *religiøse ledere, makt og avmakt i norske trossamfunn*, Universitetsforlaget.

Nettreferanser

Alhamdulillah er et arabisk uttrykk som betyr «Lovet være Gud (Allah)» hentet 07.04.2022

<https://web.archive.org/web/20060113004527/http://www.usc.edu/dept/MSA/reference/glossary/term.ALHAMDU.html>

Awrah, Intime delen av kroppen. Deler av kroppen som ikke skal eksponeres for andre, hentet 04.04.2022 <https://www.almaany.com/en/dict/ar-en/عورة/>

Baig, N. (2020) *Omsorgsarbejde for muslimer på hospitaler i Sverige, Norge og Danmark*. Det Teologiske Fakultet, Universitetet i Oslo

<https://www.tf.uio.no/forskning/forskergrupper/interreligios/fagrapporter/fagrapport-naveed-baig.pdf>

Brandvold, Å (2021, 21.Januar). «Fikk drømmen sin knust,» Hentet 12.04.2022

<https://klassekampen.no/utgave/2021-01-22/fikk-drommen-sin-knust>

Brukermedvirkning er en grunnleggende forutsetning i pasientens helsetjeneste, der ingen beslutninger skal tas om deg uten deg. Det skal tas utgangspunkt i menneskets helhetlige behov, herunder fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov. hentet 22.04.2022

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/?ch=4>

Conference report. Muslim chaplaincy in Europe and North America side 14, Hentet

20.02.2022, [https://aiwg.de/wp-content/uploads/2019/07/AIWG-Conference-](https://aiwg.de/wp-content/uploads/2019/07/AIWG-Conference-Report_Muslim-chaplaincy.pdf)

[Report_Muslim-chaplaincy.pdf](https://aiwg.de/wp-content/uploads/2019/07/AIWG-Conference-Report_Muslim-chaplaincy.pdf)

Faith leadership through chaplaincy hentet 19.02.2022

[https://www.faiht-matters.org/wp-](https://www.faiht-matters.org/wp-content/uploads/2010/12/faiht_matters_chaplaincy_report.pdf)

[content/uploads/2010/12/faiht_matters_chaplaincy_report.pdf](https://www.faiht-matters.org/wp-content/uploads/2010/12/faiht_matters_chaplaincy_report.pdf)

Iman betyr tro. Hentet 16.03.2022

<https://www.jstor.org/stable/20832845?refreqid=excelsior%3A8212a555b5c87eece0e6bd005e220e92&seq=1>

Islamsk Råd Norge, Paraplyorganisasjon for trossamfunn og organisasjoner.

<https://www.irm.no>

Medlemmer i STL <https://www.trooglivssyn.no/om-oss/> hentet 26.04.2022

*Meld. St. 38 (2020–2021), Nytte, ressurs og alvorlighet— Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*4 *Verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjeneste*, hentet 18.04.2022

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/?ch=4>

Ulsten, V.M og Bjørge, R. (2018, 12.februar) «Muhammad er den fyrste sjukehusimamen i Noreg.» Hentet 18.04.2022
<https://www.nrk.no/vestland/muhammad-er-den-fyrste-sjukehusimam-i-noreg-1.13911212>

Muslim chaplaincy in Europe, side 16. Hentet 21.02.2021
https://aiwg.de/wp-content/uploads/2019/07/AIWG-Conference-Report_Muslim-chaplaincy.pdf

Ordinasjon. Hentet 15.03.2022
<https://kirken.no/nb-NO/bispedommer/Oslo/biskop/ordinasjon/>

Plan for diakoni i Den norske kirke, hentet 09.05.2022
<https://ressursbanken.kirken.no/nb-NO/2020/plan-for-diakoni/>

Profesjonsetikk for prester, hentet 09.05.2022
<https://www.prest.no/seksjon/profesjonsetikk/>

Seim, Turid Karlsen: feministisk teologi i Store norske leksikon på snl.no. Hentet 05.desember 2021 fra [https://snl.no/feministisk teologi](https://snl.no/feministisk_teologi)

Snøfugl, E.F «Det viktigste er at avdelingene bruker meg.» (2021, 21.februar) hentet 18.04.2022 <https://stolav.no/nyheter/2021/-det-viktigste-er-at-avdelingene-bruker-meg>

Shafi, O (2018) *Let it be love*. <https://onbeing.org/blog/omid-safi-let-it-be-love/>, Hentet 07.05.2022.

WHO, *Palliative care*, Hentet 18.04.2022 <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

301446

Prosjekttittel

Bare en imam eller en muslimsk samtalepartner?

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det teologiske fakultet

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Kaia Rønsdal, kaia.ronsdal@teologi.uio.no, tlf: 92649100

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Rania Al-Nahi, raniaj@student.teologi.uio.no, tlf: 45391224

Prosjektperiode

15.12.2021 - 01.06.2022

Vurdering (1)

16.02.2022 - Vurdert

Personverntjenester har en avtale med den institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandling av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet den 16.02.2022 med dialog og vedlegg.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet. Om prosjektansvarlig ikke svarer på invitasjonen innen en uke må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

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

Lovlig grunnlag for behandlingen av alminnelige kategorier av personopplysninger vil være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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


MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:
<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/meldeendringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!



Vil du delta i min masteroppgave om muslimsk samtaleteneste i Norge?

Jeg skriver en spennende masteroppgave om muslimsk samtaleteneste i Norge, og har valgt å ta for meg åndelig og helhetlig omsorg i møte med muslimske pasienter og pårørende i norsk helsevesen.

Jeg ønsker å komme i kontakt med deg som har erfaring med samtaleteneste eller deg som ønske en muslimsk samtaleteneste som pasient eller pårørende. Eller deg som er muslim og jobber med helse og omsorg.

Din deltagelse vil bli anonymisert.

Ta kontakt med meg på
raniaj@student.teologi.uio.no



VIL DU DELTA I MASTEROPPGAVE?

Åndelig og helhetlig omsorg for muslimske pasienter og pårørende.

«Hvordan defineres rollen som muslimsk samtalepartner med utgangspunkt i kjønn i norsk helsevesen?»

En kvalitativ undersøkelse fra norske helse- og omsorgsinstitusjoner, og erfaringer med muslimske pasienter og pårørende i Norge.

BAKGRUNN OG FORMÅL

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en masteroppgave hvor formålet er å undersøke hvorvidt kjønnsperspektivet defineres i rollen som muslimsk samtalepartner i Norge. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målet for masteroppgaven og hva deltagelsen vil innebære for deg.

Jeg er masterstudent ved Universitetet i Oslo, ved det teologiske fakultet. Jeg holder nå på med en masteroppgave i lederskap, etikk og samtalepraksis. Du kan lese mer om masterstudiet mitt her: <https://www.uio.no/studier/program/les-master/>

Temaet jeg har valgt å skrive om er basert på bakgrunn av at jeg ønsker å tilføre ny kunnskap om et nytt og viktig fagfelt. Motivasjonen min er at jeg ønsker å undersøke hvordan muslimsk samtalepartner i Norge kan få et mer fast rammeverk med tanken på helhetlig omsorg i møte med muslimske pasienter og pårørende i helsevesenet, på lik linje som andre samtalepartnere. Jeg vil undersøke hvordan man kan få en inkluderende samtalepartner i Norge, og jeg ønsker å undersøke hvordan religion, trossamfunn og institusjoner kan bidra til dette.

I den forbindelse vil jeg intervju personer som har, kunnskap, kjennskap eller erfaring med muslimsk samtalepartner i norske helse og omsorgsinstitusjoner. Målet med dette studiet er at jeg ønsker å tilføre mer kunnskap om hva en viktig

pasientgruppe tenker om muslimsk samtalejeneste i Norge. Av disse grunnen nevnt overfor ønsker jeg å snakke med deg.

HVA INNEBÆRER DET FOR DEG Å DELTA?

Hvis du velger å delta i dette forskningsprosjektet innebærer det at vi møtes personlig eller via telefon. Intervjuet vil ha en varighet på ca en time, der vi vil snakke om noen temaer. Jeg vil bruke båndopptaker under intervjuene og det er kun jeg som får høre på opptakene, og de slettes når jeg har bearbeidet dem. Du kan når som helst trekke deg.

HVA SKJER MED INFORMASJON OM DEG?

Alle opplysninger om deg vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernreglene. Jeg vil bare bruke opplysningene fra deg til det formålet jeg har fortalt om i det skrivet. Du vil bli anonymisert i masteroppgaven. Du vil ikke bli navngitt, og jeg kommer ikke til å publisere personidentifiserende informasjon om deg. I tillegg vil jeg vise deg hva jeg skriver slik at du kan si om du synes det er i orden. Jeg har taushetsplikt i forhold til alt som bli sagt i intervjuet. Masteroppgaven vil etter planen avsluttes mai 2022.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE DINE NÅR JEG AVSLUTTER MASTEROPPGAVEN?

Etter transkribering av intervjuene vil personopplysninger og opptak slettes. Når masteroppgaven er avsluttes slettes alt materialet.

HVOR KAN JEG FINNE UT MER?

Hvis du har spørsmål i forhold til oppgaven, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Veileder ved det teologiske fakultet ved Kaia S. Rønsdal, på epost:

kaia.ronsdal@teologi.uio.no, mobil: 92649100

Personvernet UiO kan nås Personvernombud@uio.no

Du kan også kontakte NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Rania Al-Nahi

Masterstudent på lederskap, etikk og samtalepraksis Ved Teologisk Fakultet, UiO
raniaj@student.teologi.uio.no

Mobil: 45 39 12 24

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om masteroppgaven «*Hvordan defineres rollen som muslimsk samtalepartner med utgangspunkt i kjønn i norsk helsevesen?*»

En kvalitativ undersøkelse fra norske helse og omsorgsinstitusjoner i møte med muslimske pasienter og pårørende.

Jeg har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

.. å delta i intervju

.. jeg ønsker ikke å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til oppgaven er avsluttet, mai 2022.

Det er tilstrekkelig å skrive navn ditt, dato og hvorvidt du samtykker til intervju og å gjøre relevant historisk og statistisk materiale tilgjengelig. Samtykkeerklæringen må returneres innen 01.03.2022.

Vedlegg 4 – Samtykkeskjema helsevesen

VIL DU DELTA I MASTEROPPGAVE?

Åndelig og helhetlig omsorg for muslimske pasienter og pårørende.

«Hvordan defineres rollen som muslimsk samtalepartner med utgangspunkt i kjønn i norsk helsevesen?»

En kvalitativ undersøkelse fra norske helse- og omsorgsinstitusjoner, og erfaringer med muslimske pasienter og pårørende i Norge.

BAKGRUNN OG FORMÅL

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en masteroppgave hvor formålet er å undersøke hvorvidt kjønnsperspektivet defineres i rollen som muslimsk samtalepartner i Norge. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målet for masteroppgaven og hva deltagelsen vil innebære for deg.

Jeg er masterstudent ved Universitetet i Oslo, ved det teologiske fakultet. Jeg holder nå på med en masteroppgave i lederskap, etikk og samtalepraksis. Du kan lese mer om masterstudiet mitt her: <https://www.uio.no/studier/program/les-master/>

Temaet jeg har valgt å skrive om er basert på bakgrunn av at jeg ønsker å tilføre ny kunnskap om et nytt og viktig fagfelt. Motivasjonen min er at jeg ønsker å undersøke hvordan muslimsk samtalepartner i Norge kan få et mer fast rammeverk med tanken på helhetlig omsorg i møte med muslimske pasienter og pårørende i helsevesenet, på lik linje som andre samtalepartnere. Jeg vil undersøke hvordan man kan få en inkluderende samtalepartner i Norge, og jeg ønsker å undersøke hvordan religion, trossamfunn og institusjoner kan bidra til dette.

I den forbindelse vil jeg intervju personer som har, kunnskap, kjennskap eller erfaring med muslimsk samtalepartner i norske helse og omsorgsinstitusjoner. Målet med dette studiet er at jeg ønsker å tilføre mer kunnskap om hva en viktig pasientgruppe tenker om muslimsk samtalepartner i Norge. Av disse grunnen nevnt overfor ønsker jeg å snakke med deg.

HVA INNEBÆRER DET FOR DEG Å DELTA?

Hvis du velger å delta i dette forskningsprosjektet innebærer det at vi møtes personlig eller via telefon. Intervjuet vil ha en varighet på ca en time, der vi vil snakke om noen temaer. Jeg

vil bruke båndopptaker under intervjuene og det er kun jeg som får høre på opptakene, og de slettes når jeg har bearbeidet dem. Du kan når som helst trekke deg.

HVA SKJER MED INFORMASJON OM DEG?

Alle opplysninger om deg vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernreglene. Jeg vil bare bruke opplysningene fra deg til det formålet jeg har fortalt om i det skrivet. Du vil bli anonymisert i masteroppgaven. Du vil ikke bli navngitt, og jeg kommer ikke til å publisere personidentifiserende informasjon om deg. I tillegg vil jeg vise deg hva jeg skriver slik at du kan si om du synes det er i orden. Jeg har taushetsplikt i forhold til alt som bli sagt i intervjuet. Masteroppgaven vil etter planen avsluttes mai 2022.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE DINE NÅR JEG AVSLUTTER MASTEROPPGAVEN?

Etter transkribering av intervjuene vil personopplysninger og opptak slettes. Når masteroppgaven er avsluttes slettes alt materialet.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Det teologiske fakultet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål i forhold til oppgaven, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Veileder ved det teologiske fakultet ved Kaia S. Rønsdal, på epost:

kaia.ronsdal@teologi.uio.no, mobil: 92649100

Personvernet UiO kan nås Personvernombud@uio.no

Du kan også kontakte NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Rania Al-Nahi

Masterstudent på lederskap, etikk og samtalepraksis Ved Teologisk Fakultet, UiO

raniaj@student.teologi.uio.no

Mobil: 45 39 12 24

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om masteroppgaven «*Hvordan defineres rollen som muslimsk samtalepartner med utgangspunkt i kjønn i norsk helsevesen?*»

En kvalitativ undersøkelse fra norske helse og omsorgsinstitusjoner i møte med muslimske pasienter og pårørende.

Jeg har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

.. å delta i intervju

.. jeg ønsker ikke å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til oppgaven er avsluttet, mai 2022.

Det er tilstrekkelig å skrive navn ditt, dato og hvorvidt du samtykker til intervju og å gjøre relevant historisk og statistisk materiale tilgjengelig. Samtykkeerklæringen må returneres innen 01.03.2022

INTERVJUGUIDE MUSLIMSKE PASIENTER OG PÅRØRENDE, VÅR 2022

| TEMA | HOVEDSPØRMÅL | UNDERSPØRMÅL/ OPPFØLGINGSSPØRSMÅL |
|---|--|---|
| Muslimsk samtaletjeneste | <p>Vet du hva en muslimsk samtaletjeneste er?</p> <p>Hva betyr åndelig og helhetlig omsorg for deg</p> | <p>Hvis ja, hva slags tanker har du rundt det?</p> |
| Informasjon om samtaletjeneste ved helse og omsorgsinstitusjoner | <p>Er du medlem av et trossamfunn?</p> <p>Fikk du informasjon om samtaletilbudet ved kontakt med helseinstitusjonen?</p> <p>Kjente du til samtaletilbudet før du var i kontakt med helseinstitusjonen?</p> | <p>Hvis ja, benyttet du deg av tilbudet? Hvordan synes du tilbudet fungerte for deg?</p> <p>Hvis ja, hvor fikk du informasjonen fra?</p> <p>Hvis nei, skulle du ønske at du visse om samtaletilbudet?</p> |
| Kunnskap om samtaletjeneste | <p>Hva mener du er det viktigste kunnskapen at en muslimsk samtalepartner bør ha i helse og omsorgsinstitusjoner?</p> | <p>Er det kunnskap om Ritualer? Teologi? Kunnskap om psykisk helse? Islamske tradisjoner på sykdom, lidelse og død</p> |
| Utdanning og kvalifikasjoner | <p>Hva mener du er den viktigste oppgaven til en samtalepartner/imam?</p> <p>Synes du det er viktig at en samtalepartner har kultur og religionforståelse?</p> <p>Hvordan stiller du deg til at en muslimsk samtalepartner har relevant utdanning i møte med pasienter og pårørende?</p> | <p>Er utdanning og kvalifikasjoner som er det viktigste? Hvorfor eller hvorfor ikke?</p> <p>Hvorfor tenker du det?</p> |

| | | |
|--|---|---|
| <p>Imam eller samtalepartner?</p> | <p>Hvordan stiller du deg til å møte en kvinne som muslimsk samtalepartner?</p> <p>Hva tenker du om en imam i forhold til en prest?</p> <p>Er det trossamfunnene som bør organisere samtaletilbudet, i dette tilfelle muslimsk samtaleteneste ?</p> <p>Er det noe du føler mangler ved samtaletilbudet?</p> | <p>Hvorfor tenker du det?</p> <p>Hvorfor tenker du det?</p> |
| | | |

INTERVJUGUIDE FOR ANSATTE I HELSEVESEN, MASTEROPPGAVE,

| TEMA | HOVEDSPØRMÅL | LKUNDERSPØRMÅL |
|--|---|--|
| - Prosessen rundt ansettelse | <p><i>Tilbyr dere muslimsk samtaleteneste?</i></p> <p><i>Kan du fortelle om prosessen dere var gjennom da dere skulle ansette en samtalepartner?</i></p> <p><i>Hva tenker du om en imam i forhold til en prest?</i></p> | <p><i>Kunne det vært en kvinne ?</i></p> <p><i>Har den ansatte/den som blir ansatt gjennomgått noe form for opplæring?</i></p> <p><i>Hvis ja: hva er grunnen til at du tenker det?</i></p> |
| - Senderorganisasjon profesjonsetikk og tilsyn | <p><i>Hvilken tanker har dere gjort dere rundt senderorganisasjon og tilsyn?</i></p> | <p>Må den som er ansatt være medlem av en senderorganisasjon? Hvorfor?</p> <p>Hvem fører tilsyn av en muslimsk samtaleteneste hos dere?</p> |

| | | |
|---|---|---|
| | Hvordan løser dere med muslimsk samtalepartner som er både imam i moskeen og ansatt på sykehus? | Hvilken profesjonsetisk plakat følger samtalepartnere? (Med tanken på profesjonsetikk og etisk vurderingsevne, det å forstå at du havner i situasjoner hvor du setter etiske spørsmål på spill) |
| - Utdanning og kvalifikasjoner | <i>Hvilken refleksjoner gjorde dere til utdanning og kvalifikasjoner av en muslimsk samtalepartner/imam? Kan en kvinne bli ansatt som en religiøs veileder/eller samtalepartner i deres institusjon?</i> | <i>Stilles det krav om kunnskap rundt helse til en ansatt prest? Hvis ja, gjelder det for alle som jobber med samtalejeneste? Stiller dere krav/ hvordan stiller dere til kunnskap om kvinnehelse? Hvis ja eller nei, hvorfor?</i> |
| - Rollen til en samtalepartner i en helse og omsorgsinstitusjon | <i>Hva mener du er den viktigste oppgaven til en samtalepartner/imam?</i> | <i>Er det ulike krav til rollen en imam/samtalepartner skal fylle?</i> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p><i>Hvis en lege eller sykepleie hos dere har en pasient eller pårørende de opplever er vanskelig å kommunisere med av religiøse eller kulturelle årsaker. Har dere en tjeneste for dette?</i></p> | <p><i>Har dere erfaringskonsulent/ rådgiver eller tolk? Hvis ja hvordan fungerer det?</i></p> |
| <p>- Behov og likeverdig helsetjeneste</p> | <p><i>Har dere kartlagt hva behovet rundt en muslimsk samtalejeneste er?</i></p> <p><i>Hva slags tanker har dere gjort dere rundt kultur og språk i møte med muslimske pasienter og pårørende?</i></p> <p><i>Hva slags tilbud får muslimske pasienter/pårørende som ikke ønsker å snakke med en imam?</i></p> <p><i>Er det noen spørsmål du tenker er vanskelig for en mannlig samtalepartner å snakke om?</i></p> | <p><i>Forklar</i></p> <p><i>Har deres ansatte tilstrekkelig med kultur og religionforståelse?</i></p> <p><i>Kan de snakke med en annen som har utdanning og kvalifikasjoner hvis de ønsker det?</i></p> |