

# Omsorgsarbejde for muslimer på hospitaler i Sverige, Norge og Danmark

---



*Naveed Baig, ph.d. -stipendiat*

Denne rapport har til formål at give et overblik over de forskellige former for 'omsorgsarbejde', man finder målrettet muslimer på hospitaler i Sverige, Norge og Danmark.

Det er et stort område med mange aspekter, og for gennemskuelighedens skyld er rapporten opdelt i tre dele.

Første del optegner og forklarer en række af de begreber, der bliver brugt inden for omsorgsarbejdet i Norden. Herunder vil vi se på det engelske *chaplaincy*, på *sjælesorg* og *åndelig omsorg*. Vi vil undervejs også komme ind på de respektive landes brug af *imamfunktionen*.

I anden del af rapporten ser vi nærmere på nogle af de erfaringer, Sverige, Norge og Danmark har gjort sig på omsorgsområdet i forhold til muslimske patienter på hospitalerne.

Endelig vil vi i tredje og sidste del af rapporten sammenligne de tre lande, og give modeller for den fremadrettede muslimske sjælesorg på hospitaler med fokus på praksis gennem cases. Disse cases vil give et indblik i den levende åndelige omsorg og dens behov. Der vil til sidst gives anbefalinger til det videre arbejde på området i en nordisk kontekst.

Rapporten er bestilt af Det Teologiske Fakultet, UIO, Norge, som løbende arbejder på at udvikle nye undervisningsprogrammer, der tager højde for den tros- og livssynspluralisme, der eksisterer i Norge i dag. Der er blevet afsat økonomisk tilskud til Fakultetet for at udvikle og tilbyde nye studier. Motivationen fra Fakultetets side er at indhente opdateret og kontekstuel viden vedrørende omsorgsarbejde og dets muligheder i sundhedsvæsenet. Denne fagrapport vil indeholde kontekst- og erfaringsbaseret viden om islamisk omsorgsarbejde i Norden.

Rapporten er tiltænkt fagfolk, praktikere, meningsdannere, politikere og andre, der har interesse i emnet. Med den stigende ændring i demografi og de kulturmøder, der opstår på hospitaler, kan det være hensigtsmæssigt at se på de tiltag, de nordiske lande allerede har iværksat. Samtidig er det også vigtigt at kigge fremad. Hvilke veje skal man gå for at tilbyde optimal og ligeværdig omsorg til alle i højere grad end før? De nordiske sundhedsinstitutioner bygger på velfærdsstaten og har høje standarder på forskellige områder. Hvis de skal forsætte udviklingen, skal omsorgen tilpasses brugerne.

## **1. Begreberne forklaret**

### **1.1. Chaplaincy**

Ordet *chaplain* er engelsk og stammer fra det latinske *cappellani*, som betyder kappe. Ordet viser tilbage til en fortælling om St. Martin, som var romersk soldat (A.D. 316-397). Efter en dag at have hjulpet en fattig mand, der frøs, ved at rive sin kappe i to stykker og dække ham til med det ene, fik han en drøm. I drømmen så han Jesus iklædt det ene stykke kappe, og synet førte til omvendelse for ham, og han viede sit liv til Gud.

En 'chaplain' er derfor en person, der 'giver en del af sig' selv til et andet menneske. <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> For mere om emnet chaplaincy og sjælesorg se Nielsen, 2016, Grevbo, 2018 og Fjellbu, 1953

Den danske udgave, *kapellan* er knyttet til den form for hjælpepræst, der tidligere havde ansvar for et kapel. Ordet kapellan blev officielt afskaffet i 1980'erne i Danmark og erstattet af *sognepræst*. Det samme er tilfældet i Norge, hvor man i Kirkeloven fra 1994 ligeledes erstattede det med *sognepræst* og i Sverige, hvor man heller ikke anvender betegnelsen længere.

Begrebet *chaplaincy* bruges i engelsktalende lande om de ansatte, som yder religions- og livssynstjenester ved offentlige institutioner. Denne type tjenester er værdibaserede og indebærer blandt andet eksistentielle samtaler, åndelig støtte, udøvelse af religiøse ritualer og ofte undervisning og vejledning/rådgivning af personale ved etiske og eksistentielle spørgsmål. Ved mange institutioner inkluderer tjenesterne rådgiverfunktioner i etiske og religiøse spørgsmål, for eksempel som medlem af kliniske, etiske komiteer i sundhedsvæsenet eller som religiøse og etiske rådgivere for forsvaret.

Chaplaincy-titlen bruges i dag i engelsktalende lande på tværs af religion og livssyn, og de ansatte kan derfor være muslimer, katolikker, buddhister osv. og navngives herefter: *Buddhist Chaplain*, *Humanist Chaplain* osv. Man kan sige, at chaplaincy-hvervet er en specialistfunktion indenfor den åndelige og eksistentielle omsorg med høje kompetencekrav. Fagligheden udvikles igennem uddannelse og videreuddannelse i forskellige emner heriblandt etik, komparativ religion, inter-religiøs dialog, samtaleteknikker mm. Ydermere er de grundlæggende menneskelige kvaliteter hos en chaplain også vigtige, for eksempel er god evne til aktiv lytning, evne til at skabe tryghed og nærvær, en respektfuld tilgang og en positiv nysgerrighed og fordomsfrihed alle eftertragtelige egenskaber.

De nordiske lande har ikke i dag et tilsvarende begreb eller fællesord for denne type stillinger.

## 1.2. Sjælesorg

Ordet *sjælesorg* stammer fra det tyske *Zeelsorge* og betyder 'omsorg for sjælen'. Den svenske teolog Wikström definerer sjælesorg som "den andliga omsorg som formellt eller informellt utövas utifrån en religiös tro" (Nordin & Schölin, 2011), og sjælesorgen er på sin vis også en religiøs og oprindeligt

kristen disciplin, selvom ordene *psykoterapi* og *psykologi* er tæt beslægtede i Antikkens og de græske filosofers brug af dem. Termernes slægtskab bunder i en præmis om at hjælpe et andet menneske eller en gruppe mennesker i en svær livssituation.

Ifølge den kristne protestantismes fader, Martin Luther, kan sjælesorg tilbydes “hvis der er noget særligt, der anfægter eller plager os”. Samtalen med et andet menneske er vigtig for at “få gode råd, trøst og styrke, når og så ofte vi vil”. (Den store katekismus). I kristen kontekst har sjælesorgen været en del af kirkens diakonale og sociale arbejde siden kristendommens første århundreder. Det handler om at møde og besøge de ’lidende’ og praktisere næstekærlighed og være der for dem. Kirkens sjælesorg er derfor anderledes end f.eks. psykologens praksis, da man er sjælesørger i kraft af sin medmenneskelighed og ikke en professionel faglighed. Sjælesorg handler mere om at lytte og give ’livshjælp’ end om at helbrede. Sjælesorgen er i dag gået hen og blevet til en professionel disciplin hvor man kan studere emnet på forskellige læreanstalter. Der er også forskellige sjælesørgeriske retninger, der hver især lægger vægt på forskellige elementer af kristendommen.

Flere definitioner på sjælesorg kan være:

”sjælesorg er helt enkelt det, ordet indeholder, omsorg for sjælen” (Arne Fjellbu). Eller ”Sjælesorg er en velbegrundet oppmuntring til å leve” (Wolfram Kurz).

I Danmark findes i dag en onlinetjeneste for sjælesorg, [www.sjaelesorg.nu](http://www.sjaelesorg.nu), der hører til blandt nogle af tidens største fortalere for at gøre sjælesorgen relevant i det offentlige rum for alle. Den forsøger samtidig at gøre op med den tanke, man oftest møder i sundhedssystemet ellers: at alt skal behandles og alle problemer kan fikses.

Den danske præst Pernille Hornum, der er leder af [sjaelesorg.nu](http://www.sjaelesorg.nu) fortæller blandt andet: “Det er et eksistentielt vilkår, at livet både er glæder og sorger, ..og derfor er udgangspunktet for sjælesørgeren ikke, at du er kommet ud for noget, som skal behandles. Der er ikke noget galt med, at du oplever

sorg, eller at du oplever, at noget er vanskeligt. Det er et menneskeligt vilkår, som vi alle sammen lever i.” (Zetland, 2017)<sup>2</sup>.

### 1.3 Åndelig omsorg

En definition på åndelig omsorg lyder:

- Dét at være opmærksom på patientens eksistentielle spørgsmål og ressourcer,
- At lytte til den mening disse har i patientens livshistorie,
- At hjælpe patienten i hans/hendes arbejde med eksistentielle spørgsmål med udgangspunkt i hans/hendes eget livssyn. (Stifoss-Hansen og Kallenberg, 1999)

Generelt i de nordiske lande har omsorg for svært syge og døende fået et bredere sigte, der med fordel kan udvides til ’åndelig og eksistential omsorg’. Tilføjelsen af ’eksistential’ kommer af, at åndelig omsorg ellers kan opfattes alene som en religiøs form for omsorg. ’Åndelig og eksistential omsorg’ er heroverfor en type omsorg, der både omfatter den specifikt religiøse omsorg og hensynet til de eksistentielle spørgsmål og udfordringer, der kan opstå hos ethvert døende menneske, uanset om disse spørgsmål og bekymringer hos den enkelte er mere eller mindre præget af religiøse aspekter. For alvorligt syge menneske fylder eksistentielle spørgsmål meget. Det kan være spørgsmål om det levede livs mening, om det eventuelle tab af livet og forholdet til de pårørende, om tro på en gud, om tro på et liv efter døden og så fremdeles.

Det Ethiske Råd i Danmark skriver følgende i en publikation om emnet åndelig omsorg og flerreligiøsitet:

---

<sup>2</sup> <https://www.zetland.dk/historie/s8qDV7Pl-aeW04Gvq-29d8c>

## ***Ligestilling af religiøse observanser***

*Det Ethiske Råd ønsker at understrege vigtigheden af, at alle døende uanset religiøs observans så vidt muligt stilles lige med hensyn til muligheden for adgang til åndelig omsorg, der relaterer sig til netop den enkeltes religiøse tro....På institutioner, hvor mennesker dør, bør der i vid udstrækning være mulighed for udøvelsen af forskelligartede ritualer som for eksempel salvelse, velsignelse, nadvergang, afvaskning, bøn og at våge hos den døende (RÅDETS ANBEFALINGER OM ÅNDELIG OMSORG FOR DØENDE, s. 29, 2002).*

## **Åndelig omsorg på institutioner i islams historie**

For en forståelse for den proces, åndelig omsorg har gennemgået i islam, kan det være relevant at kaste et blik på den historiske udvikling.

I begyndelsen af det 7. århundrede, under Ummayyad kalifen *Al-Walid den første* (705-715), blev de første hospitaler, kendt som 'bimaristan', grundlagt. Den primære patientgruppe var spedalske. Der er beretninger, der fortæller, at tjenere og vejledere var ansat til at yde åndelig støtte for indlagte patienter (Rahman, 1998). Flere fuldt udstyrede og operationelle hospitaler kom til under *Abbasid kalifatet* (750-1257) med inspiration fra Persien og persiske behandlingssystemer (Rahman, 1998). På relativt kort tid blev Bagdad og andre byer i den islamiske verden knudepunkter for medicinsk behandling og pleje på allerhøjeste niveau sammen med kunst og andre æstetiske felter.

Et eksempel herpå var det største og mest udviklede hospital der blev bygget i Kairo, *Mansuri Hospitalet*, som blev grundlagt af Mamlukdynastiets leder, *Mansur Qala'un* (d. 1290), i 1284. Det havde terapifaciliteter såsom kolde og varme værelser, hydroterapi og musikterapi. Det havde endda en moske og et kapel knyttet til hospitalet (Rahman, 1998). Sufi-healing gennem musik og kalligrafi, ihukommelse af Guds navne, hymnesang og lovprisninger af Profeten var almindelige remedier til at opnå helbredelse og spirituel velvære som til stadighed bruges og praktiseres (Al-Ghazalli, 2016).

Et afsnit fra en biografi om en intellektuel og lærd, *Sayyid Ali Hamadani* (d.1385), fra Kashmir, forklarer meget godt begrebet og funktionen på de subkontinentale hospicer:

*Her fandt de en social orden helt anderledes fra deres egen. Alle boede, sov og spiste sammen. Den hellige bog (Koranen) var åben og tilgængelig for alle, der demonstrerede den islamiske idé om 'Taubid' i praksis- en samarbejdende enhed på det sociale plan. Det middelalderlige khabqah (sufi hospice) etableret af muslimer på subkontinentet skabte forlig og forsoning mellem de forskellige kulturgrupper som ikke kun var en moralsk og juridisk efterspørgsel men en presserende social nødvendighed. De muslimske mystiker bidrog meget til at afvikle sociale, ideologiske og sproglige barrierer mellem subkontinentets kulturgrupper og bidrog til udviklingen af et 'common cultural outlook' (Baig, 2007).*

Helt konkret fungerede disse hospicer, der havde forskellige navne i den islamiske verden (*Ribat, khabqah, tekke, dargah, zawiya* osv.), som institutioner, der servicerede de fattige med måltider, pleje og behandling af syge, og gav logi og kost til de forældreløse og hjemløse. Derudover fungerede nogle hospicer som refugier for fraskilte kvinder, hvor de kunne være, indtil de blev gift igen og derved fik en værge. I Profetens egen tid var der en gruppe fattige og hjemløse, som boede lige ved siden af Profetens egne simple hjem. Gruppen hed *asbaab al suffa* (bænkens fæller), og de brugte deres tid på tilbedelse og på at drage omsorg for hinanden. (Baig, 2007)

## **Definitioner af islamisk åndelig omsorg**

I islam er åndelig omsorg tæt knyttet til *Koranen* og *Sunnah*, og dækker den form for omsorg, der også ydes af religiøse og åndelige ledere. Selvom islamisk åndelig omsorg er en selvstændig disciplin, er den knyttet til andre former for omsorg som dannelse (*tarbiyah*), invitation til islam (*dawah*), etik (*ikhlaaq*) og åndelig helbredelse og spirituel renselse (*tazkiyyah*).

Muslimsk åndelig omsorg er dog ikke kun de gejstliges ansvar, for alle har et generelt ansvar for hinanden. Lignelsen, som vi kender den fra kristendommen, med hyrden som passer sin flok, findes også i islamisk litteratur. Ifølge Profeten Muhammad er enhver person en hyrde med ansvar for sin

flok – såvel en far og/ eller mor, imamen, religiøse ledere mm. Hovedmålet med islamisk åndelig omsorg er at hele, støtte, vejlede og forsone (Is-gandarova,2014).

Ånden og dens behov for omsorg kan forstås på den måde, at ånden er en integreret del af menneskets tilblivelse, da alle mennesker ifølge det koraniske paradigme har en ånd. Mennesket består af ånd, intellekt, hjerte, selv og en fysisk krop. Omsorg er derfor multifacetteret og holistisk i sin tilgang, for hele mennesket har brug for omsorg - ikke kun ånden. Selvom der ikke er nogen tradition for institutionaliseret chaplaincy i islam, er der en implicit teologi, der understøtter og inspirerer til, hvad der kan paralleliseres med kristen sjælesorg.

Den rige og lange historie med at udvikle og systematisere det kristne sjælesorgsbegreb i Vesten - teologisk og institutionsmæssigt – ses dog ikke i den historiske islamiske udvikling (Baig, 2010).

At der ikke tidligere har været en systematiseret og institutionaliseret sjælesorgstradition end den allerede angivne, kan man finde mindst tre forklaringer på:

- 1) *Der er ingen enkelt myndighed, som kan definere Guds ord*

Imam-rollen er decentraliseret og imamen har derfor ikke et eget 'patent' på islam. På samme måde er der heller ikke et organisationshierarki eller et 'sandhedsråd'. Den islamiske læredom anbefaler alle at tilegne sig viden om islam og praktisere troen, som også indebærer at besøge de syge. Dette, kombineret med at islam ikke har en høj ritualiseret praksis, har traditionelt været grunden til en mere afdæmpet form for institutionaliseret hjælp, hvor der ikke på samme måde var behov for en lærd eller sjælesorger.

- 2) *Familiens rolle er central, og de har omsorgspligten*

Dette betyder at familien traditionelt på mange måder har kunnet udfylde de åndelige behov for deres syge familiemedlemmer. Situationen har dog i dag ændret sig i Vesten, hvor muslimer også i højere grad er blevet individualiserede og ikke har de samme støttemuligheder fra familien som tidligere. Familiens opbrud er meget synlig, og dens påvirkning på de syge er



tydeligt. Der er flere undersøgelser, der peger på, at ældre med minoritetsbaggrund føler sig mere ensomt end majoritetsbefolkningen, og at de også bliver diagnosticeret senere for forskellige sygdomme, heriblandt demens<sup>3</sup>.

### 3) *De Sociale forhold har ændret sig*

De konstante ændringer inden for de sociale forhold kan give en forklaring på, hvorfor institutionaliseret åndelig omsorg har fået en ny betydning i islamisk teologi i dag. Muslimske teologer har fordelt alle handlinger i 5 kategorier - groft sagt. Det nødvendige (*fard/wajib*), det anbefalede (*mandub*), det tilladte (*mubah*), det ildesete (*makruh*) og det forbudte (*haram*). Udover dette har muslimer en personlig forpligtelse (*fard ayn*) og en samfundsforpligtelse (*fard kifaya*). Der er flere lærde, der mener, at åndelig omsorg for de syge, indsatte osv. er en samfundsforpligtelse for muslimer, da familien ikke kan varetage den opgave i samme grad som tidligere. (Gilliat-Ray et al., 2013). Teologiske begreber som fx *rifq* (eksemplarisk godhed) og *iyaadab* (sygebesøg) kan give indsigt i islamisk omsorgsarbejde. Desuden giver spørgsmål om tros lære (*aqeedah*), med relation til skæbne, mening, eskatologi osv., en overordnet teologisk ramme for forståelse af islamisk omsorgsarbejde i sin helhed.

Hvis man nærstuderer islamisk teologisk litteratur, kan man finde frem til mindst fire maximer eller overordnede principper for islamisk åndelig omsorg (Baig, 2015):

#### 1. *At anskue mennesker som Guds skabelse*

Profetens udtalelse, ”Allah skabte Adam i Hans egen statur,” bygger på det menneskelige fællesskab og ligeværdighed. Det har stor betydning for åndelig omsorg, at alle mennesker - og alle væsener - er skabt og formet af Gud og dermed har betydning og formål. Dette syn gør også, at åndelig omsorg og omsorgsarbejdet bliver universelt og rækker udenfor de muslimske rækker. Deri ligger der en forpligtelse for alle levende væsener og ikke kun muslimer.

---

<sup>3</sup> <http://www.videnscenterfordemens.dk/forskning/forskningsnyheder/2010/01/hvad-ved-vi-om-etniske-minoriteter-og-demens/>

## 2. *At møde mennesker der, hvor de er.*

At tale med mennesker ud fra deres eget ståsted er en Profetisk gave og kunst. Profeten vejledte mennesker på baggrund af deres egne mentale, sociale, uddannelsesmæssige og kulturelle ståsteder. Han talte med beduiner fra ørkenen, såvel som klanlederne fra Quraysh. Han havde samtaler med kristne, ligesom han forhandlede aftaler med jødiske stammer. Koranen taler om, at Profeten ikke udelukkende 'lærte muslimer bogen' (dvs. Koranen), men også visdom, og rensede dem. Denne spirituelle funktion, at 'rense', kræver, at man har indsigt i menneskets indre natur og personlighed. Profetens pædagogiske evner gjorde, at han kunne navigere i overensstemmelse med de mennesker, som kom til ham for at få hjælp.

## 3. *'Merciful presence'* (barmhjertigt nærvær).

De menneskelige egenskaber for en omsorgsgiver er helt centrale. Dette beskriver ikke kun tilgangen, men også den tilstand, som omsorgsgiveren burde have i mødet med andre mennesker. At sprede barmhjertighedens vinger over andre er en af de profetiske opgaver, som Gud befalede Profeten: ”*Sænk din vinge for de troende.*” (Koranen 15:88) Et andet sted siger Koranen:

*Ved Guds barmhjertighed var du mild over for dem. Havde du været rå og hårdhjertet, var de blevet spredt rundt omkring dig. Tilgiv dem derfor, og bed om tilgivelse for dem! Rådfør dig med dem om sagen! Når du så har taget en beslutning, skal du sætte din lid til Gud! Gud elsker de tillidsfulde* (3:159).

I den kendte hadith, som er den første hadith, man lærer mange steder på islamiske læreanstalter, lyder det:

*De der er barmhjertige vil modtage barmhjertighed af den Mest Barmhjertige. Udvis barmhjertighed overfor dem på jorden og Den i himlen vil være jer barmhjertig.* (Sunan al Tirmidhi)

I en tredje hadith siger Profeten, at ”Gud ikke er barmhjertig overfor dem der ikke udviser barmhjertighed overfor mennesker” (Bukhari & Muslim).

#### 4. *Minde mennesker om deres oprindelige 'hjem'.*

I islamisk teologi er denne verden ikke permanent, men flygtig, og man skal ikke knyttes til verden og dens goder. Man skal være i verden uden at blive opslugt af den. Det vigtigste hjem er hos Gud, hvor man startede rejsen (sjælenes verden) og man skal ende tilbage hos Ham. Koranen er fuld af vers, der minder mennesker om det oprindelige hjem og døden som en kendsgerning.

*Du skal omgås dem pænt i dette liv; men følg den vej, som de, der vender sig angrende til mig, følger! Til Mig skal I vende tilbage, og da vil Jeg underrette jer om, hvad I gjorde (31:15).*

#### **Maximer - hvad kan de bruges til?**

Der bliver talt meget om omsorgsarbejdets vigtighed i forskellige traditioner, men fokus på indholdet af, hvad dette omsorgsarbejder egentlig er, er ikke altid til at få øje på. Hvad driver omsorgsarbejdet, og hvad ligger man i det møde, der finder sted mellem to mennesker? Disse maximer prøver at give indhold til emnet.

De fire punkter er meget forskellige, men peger alle hen imod omsorgsarbejdets karakter på forskellige niveauer - både menneskesynet, tilgangen og den eskatologiske dimension bliver italesat. Disse maximer sætter samtidig ord på, hvad en muslimsk omsorgsarbejder evt. vil tage udgangspunkt i. De er ikke gyldne og fastlåste maximer, men fungerer som vejledende indsigter i det omsorgsarbejde, som en muslim evt. kan bruge. Fordi de tager udgangspunkt i de teologiske overvejelser i modsætning til de filosofiske eller sekulære, er Gud og Gudsforholdet tydeligt i maximerne. Det kan godt være, at de muslimer, der ikke er interesserede i teologi eller kender til det, vil have deres helt egne forestillinger om, hvad indholdet af omsorgsarbejdet er.

## 2. Erfaringer fra Sverige, Norge og Danmark.

### 2.1 Sverige

Åndelig omsorg i sygehusvæsenet har en lang historie i Sverige. De tidligste sygehuse i Europa blev grundlagt af klostre. Hvis man går tilbage til 'kristningen' af Sverige, kan man se at kirken stod for alt, hvad der havde med 'sygeomsorg' at gøre (Nordin og Schølin, 2011). I årene 1862-1962 ansatte man præster fra Svenska Kyrkan på sygehusene med ansvar for åndelig omsorg. Denne ordning sluttede i 1962 da Sveriges Riksdag besluttede, at ansvaret for ansættelse af præster i sygehusvæsenet skulle være kirkens ansvar. Dette skabte også en åbning for, at andre trossamfund end den Svenska Kyrkan fik mulighed for at betjene patienter og pårørende. I begyndelsen var det primært frikirke-trossamfund, der tilbød tjenester og åndelig omsorg på sygehusene. Senere kom den Katolske Kirke også med. Siden starten af det nye århundrede er der blevet oprettet tjenester for ortodokse sygehuspræster, muslimske koordinatore og imamer samt buddhistiske koordinatore.

Der har altid været et tæt samarbejde mellem staten og Svenska Kyrkan på hospitaler, og omkring 1974 blev der nedfældet en statslig udredning om åndelig omsorg på sygehuse. Som følge af dette skrev den Svenska Kyrkan og Sveriges frikirkemenigheder et grunddokument om åndelig omsorg. Det udkom i 2004 og fastslår, at arbejdet skal være økumenisk, og at man samarbejder med andre religiøse repræsentanter så vidt muligt. Helt præcist står der:

Sjukhuskyrkan samarbetar så långt det är möjligt med företrädare för andra religioner och livstolkningar för att ge varje patient möjlighet att få andlig vård i enlighet med sina egna behov och önskemål. (Grunddokument för andlig vård inom hälsa-och sjukvården, 2004)

I Sverige er der mellem 500.000 og 600.000 muslimer. De 7 statsbidragsberetigede, islamiske organisationer i Sverige har over 130.000 medlemmer til sammen, men mange ikke-medlemmer besøger også moskeerne. (Din Muslimska Patient, 2017) Der estimeres at være mellem 5% og 8% med muslimsk baggrund i Sverige. (Andersson, D., & Sander, Å. (2015). (Eds.).

## ISR historie og funktioner

De 7 statsautoriserede og tilskudsberettigede muslimske organisationer i Sverige er:

Förenade Islamiska föreningar i Sverige (FIFS)

Islamiska kulturcenterunionen i Sverige (IKUS)

Sveriges muslimska förbund (SMF)

Svenska islamiska församlingarna (SIF)

Islamiska shiasamfunden i Sverige (ISS)

Bosniakiska islamiska samfundet (BIS)

Islamiska fatwabyrån i Sverige (IFBS)

Der er 12 personer, som er ansat på svenske hospitaler af SST med autorisation fra en eller flere af de ovennævnte muslimske organisationer (de fleste er koordinatore, og nogle er imamer) for at forstærke samarbejdet mellem sygehuse og de muslimske samfund. Koordinatoren er derved linket mellem de to. Disse koordinatore/imamer er muslimer. Der findes både mandlige og kvindelige koordinatore fra både Shia- og Sunni-retninger. Dette arbejde indebærer bl.a., at koordinatoren skal finde frivillige og/ eller imamer, der kan besøge hospitalet. Koordinatorerne har også ansvaret for at rådgive og uddanne personalet om islam, muslimer, ritualer og andre emner, der relaterer til mødet mellem patienter og sundhedsvæsenet (Din Muslimska Patient, 2017).

Koordinatore besøger også selv sygehuse og har det overordnede ansvar for dette felt. Noget så simpelt, som at der er koraner og relevant litteratur tilgængelig, vil også være koordinatorens ansvarsområde.

Koordinatorerne har tavshedspligt.

Man kan læse mere på koordinatorenes hjemmeside, [www.muslimsksjukhuskoordinator.se](http://www.muslimsksjukhuskoordinator.se), som bl.a. har information om åndelig omsorg for forskellige sprog, kontaktoplysninger på koordinatore/imamer og et dokument til sygehuspersonalet om islam og muslimske ritualer.

Flere steder i Sverige er der ansat hospitalsimamer, bl.a. Stockholm, Göteborg og Skövde. Deres opgaver ligner koordinatorenes, men de har faste kontortider på hospitalet. Det er som sagt den statslige 'Myndigheten för stöd til trossamfund' (SST), der dækker omkostningerne for disse tilbud, som rækker sig udover de muslimske trossamfund til andre religiøse grupper også. SST har opbakning til at støtte udviklingen af den åndelige omsorg i sygehusvæsenet i på disse områder:

- a) Facilitere ansættelser af medarbejdere på sygehusene indenfor åndelig omsorg
- b) Bistå med kontakt mellem trossamfund og sygehus/landsting
- c) Formidle støtte i arbejdet med at etablere og udvikle tjenester
- d) Formidle støtte for uddannelse af medarbejdere indenfor åndelig omsorg

#### *Citat i box*

Behovet av de olika trosinriktningarnas närvaro inom den andliga världen inom sjukvården efterfrågas i allt större utsträckning. Områden där betydelsefulla insatser görs är psykosocialt stöd, avlastningssamtal, beredskap kvällar och helger, sorgegrupper'.

(Citat fra den svenske regerings budgetforlag, 2013)

SST's pjece 'Andlig vård inom sjukvården' fortæller om åndelig omsorgs historie i Sverige, betydning af åndelig omsorg og citerer fra forskellige gejstlige bl.a. præster og imamer.

Pjecen definerer, hvad åndelig omsorg kan være i forskellige situationer, herunder:

- a) Individuelle samtaler og sjælesorg
- b) Krisestøtte ved akutte hændelser
- c) Afskedsritualer i forbindelser med dødsfald eller afvaskning
- d) Forskellige former for riter

e) Andagter, bøn eller meditation

f) Samtaler og refleksionsgrupper med personale

g) Uddannelsesindsatser for plejepersonalet eller personer på sundhedsprogrammer

Pjecen understreger, at det burde kunne være muligt for patienter, pårørende og personalet at få kontakt til repræsentanter fra forskellige trossamfund, når man ønsker det.

### **Anbefalet litteratur**

”Din muslimska patient - information till dig som vårdar patienter med islamisk tro”, er titlen på et dokument, som blev produceret af arbejdsgruppen for ’den muslimska andliga vården i sjukvården’. Denne gruppe består af personer, som er udvalgt af den Islamiske Samarbejdsrådet (ISR) til at arbejde med spørgsmål, som berører muslimsk åndelig omsorg i sygehusvæsenet. Dokumentet, som findes i hæfteform (pdf også), er et forsøg på at samle grundlæggende informationer, som kan komme sundhedspersonalet til hjælp i mødet med muslimske patienter. Dokumentet understreger, at der er mange forskellige ”tolkninger, skolbildningar och traditioner” i islam, og at man skal læse dokumentet sammen med andre kilder for at få et bredere perspektiv. Indledningen i dokumentet giver et vigtigt råd til personalet: altid at spørge patienten!

Dokumentet er et vigtigt bidrag til generel lærdom om islam og muslimer i Sverige for sygehuspersonalet. Det er den eneste kilde til information, som kommer fra de muslimske trossamfund selv om dette emne.

Der er tillige billeder og vigtige informationer i dokumentet, som har 5 kapitler/ sektioner. Det indledes med korte afsnit om kultur og kulturmødet, hvorefter det adresserer islams lære og beskriver, hvilke kilder der er hertil. Hernæst granskes sygdom i islam, omsorgsbetydningen og mere konkrete situationer såsom lægeundersøgelser, kønsaspekter, blod og bønnens betydning bliver belyst. Der er et selvstændigt kapitel om fødsler og børn, hvor emner som abort, befrugtning, amning og omskæring bliver dækket. Der er

også et kapitel om den sidste tid - fra alvorlig sygdom til død og begravelse. Ydermere er der etiske emner, som obduktion, transplantationer m.m. Hvad er egentlig åndelig omsorg (åndlig värd) og dens funktion ud fra et muslimsk perspektiv? Det beskriver de sidste sider af dokumentet.

Der er dog ikke praksis-cases i hæftet, ligesom der heller ikke er overvejelser fra koordinatorene eller imamerne om deres funktion og praksis. Hæftet fungerer derfor som en slags manual, men uden direkte personlige refleksioner og italesættelse af de problemstillinger, som hospitalspersonalet møder i dagligdagen.

### **Hospitalsimamen i Skåne, Sverige.**

*Vi har talt med hospitalsimam Alen Delic, der beskriver sit arbejde på Skånes Universitetssjukhus.*

Alen Delic er 43 år gammel (f.1985). Han har studeret islamiske studier i Bosnien i 8 år, inklusiv 'imam og khateeb'-kurset (homiletik), hvorefter man er egnet til at være imam. Han har også studeret *usul deen* (en efteruddannelse i islamisk teologi).

I dag er han ansat i den bosniske moske i Malmø og har en 50%-stilling på *Skånes Universitetssjukhus* som imam og koordinator. Han startede sit virke som koordinator i 2014 og i april, 2018 blev han tituleret imam.

Han har tre hovedfunktioner som imam. De er:

- 1) at uddanne personalet i emner der relaterer sig til at mødet mellem sundhedsvæsenet og muslimer/muslimsk skik.
- 2) at koordinere de frivilliges arbejde på hospitalet.
- 3) Informere personalet om imam funktionen.

Han fortæller, at han ikke går rundt på afdelingerne men udelukkende besøger, når der ringes efter ham.

Han siger, at der er ca. 90.000 muslimer i Malmø, og at der kun er en imam ansat på 50%. Han mener, at der er en del arbejdspress på ham som den



eneste ansatte, der skal varetage så mange forskellige opgaver. Han har 6 kollegaer fra den Svenske Kirke, som han deler kontor med under præstetjenesten.

Hans ansættelse går igennem STL, der lønner ham, og det er den islamiske samarbejdsråd, der godkender ham og indstiller ham til STL. Sådan er det med alle koordinatore og imamer i Sverige.

Umiddelbart efter sin ansættelse, skrev ledelsen ud igennem emails og instrukser til forskellige afdelinger om den nye funktion. Derefter kontaktede han de relevante afdelinger for at introducere sig selv og sin funktion. Nogle af de afdelinger som han mente var relevante var børneafdelinger, hele kræftområdet og palliative afsnit. Han brugte ca et halvt år på introduktioner på afdelinger. Han beretter om et godt samarbejde med personalet også fordi han udover introduktioner har haft lejlighed til at interagere med dem igennem undervisning og rådgivning. Han underviser fra bogen 'Den muslimske patient'. Han lægger vægt på at undervise personalet om hvorfor der nogle gange kan komme mange pårørende og at de ikke skal 'være bange for muslimer'. Han mener selv at hans funktion går ud på at være brobygger mellem personalet og patient/familierne. Han forklarer 'at jeg kan berolige familierne og hjælpe de ansatte med at forstå hvordan familierne har det'. Han mener at personalet ser hans imam funktion som en ressource de kan trække på- ikke mindst ved krisesituationer.

Han hjælper også med ritualer forbundet med døden og det gælder også afvaskning af de døde inden begravelsesbønnen.

På spørgsmålet om, hvad præsterne og imamen giver hinanden, svarer han, at det primært er ham, der lærer fra præsternes virke: "Jeg lærer fra dem. De har et rigt erfaringsgrundlag der går langt tilbage". Hele præstetjenesten inklusiv imamen mødes ugentligt på præstekontoret, hvor de primært taler om emner, der relaterer til deres arbejde på sygehuset.

Ifølge Delic vil det "tage imamerne der arbejder på hospitalerne noget tid før de lærer denne nye disciplin som omsorgsarbejdet indebærer. Tidligere var det en familieopgave at være der for den syge".

Han pointerer, at der er forskel på en moskeimam og en hospitalsimam. På hospitalet har du ansvaret for alle typer muslimer, og man skal på hospitalet kunne møde alle mennesker fordomsfrit, uanset om de er stofmisbrugere, suicidale eller på anden vis stikker ud. Ydermere skal en imam på hospitalet kende til forskellige traditioner og retninger inden for islam, da han vil komme til at møde alle type muslimer.

Den største udfordring ifølge Delic er, at hele området 'omsorgsarbejde for muslimer' er nyt i Vesten og nyt i Malmö. Han skitserer to scenarier: 1) At vi kan forsøge at gøre ligesom kirken og følge dem, ligesom vi gør nu. Eller 2), at vi kan finde vores egen model og vej. Spørgsmålet er, hvilken vej, der er bedst.

## **Konklusion**

Delic's ansættelse er forankret fordi den har opbakning både fra STL og de muslimske trossamfund. Delic har mange forskellige arbejdsopgaver, fra samtaler til afvaskning af de døde. Det kan både være en fordel og ulempe. Han er som den eneste muslim kun ansat i en 50%-stilling, selvom ca. en tredjedel af befolkningen i Malmö har muslimsk baggrund. Når han fungerer både som koordinator og imam, kan det være svært at skelne hans arbejdsfunktioner. Det kunne være en fordel at vide mere om de frivillige, der bliver tilkaldt af koordinatoren til hospitalet. Hvad er deres funktioner? Hvad er deres baggrund og kompetencer for at komme til hospitalet?

## **2.2. Norge**

Som de øvrige nordiske lande, har åndelig omsorg på norske hospitaler historisk set været dybt forankret og afhængig af kirken. Symbolsk herpå er fx Oslo Hospital delvist rejst på ruinerne af et franciskanerkloster fra 1200-tallet. Gråbrødre munkene drev herfra målrettet omsorgsarbejde for spe-dalske og andre svage fra Oslo og omegn. Mariahospitalet fra 1100-tallet siges at være den ældste sundhedsinstitution i Norden. Den ligger i ruinerne ved den nuværende Trondheim Hospital.

Ved reformationen blev klostre og omsorgsarbejde i Norge lagt under den danske konge. I 1800-tallet opstod på grund af intens fattigdom de diakonale institutioner som *Kirkens Bymisjon*, *Lovisenberg* og *Diakonhjemmet*<sup>4</sup>.

Kirken har i dag stadigvæk en stor indflydelse på omsorgsarbejdet ved hospitaler, og der er organiseret præstetjenester, der tilbyder sjælesorg til patienter og pårørende mm.

*Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn* (STL) blev etableret i 1996. Baggrunden for oprettelsen var forslaget om et nyt obligatorisk skolefag om tro, livssyn og etik med hovedvægt på kristendom. Faget skabte store reaktioner hos tros- og livssynssamfund som samlede sig i protest på grund af manglende deltagelse i processen og deres manglende repræsentation i fagets indhold. Dette samarbejde mellem tro- og livssynssamfund bragte dem sammen og STL blev dannet. (<https://www.trooglivssyn.no/om-oss/>)

En større religionspolitisk kortlægning af det mangfoldige Norge blev lavet i 2009, hvor STL udgav ”Livsfaseriter. Religions- og livssynspolitiske udfordringer i Norge“, (2009). I denne udredning blev der også gjort rede for nogle udfordringer i sundhedsvæsenet. Der blev bl.a. peget på behovet for at udvide tro- og livssynsbetjening på hospitaler for at sikre et ligeværdig tro og livssynstilbud.

(<https://www.trooglivssyn.no/wp-content/uploads/2018/03/STL-Livsfaseriter.pdf>)

I Norge er der ca. 166.861 muslimer, som svarer til ca. 3,15% af befolkningen (Norges Statistik, 2018), men tallene varierer, og Ifølge Pew Research var der i 2016 ca. 5.7% muslimer. En stor del af de norske muslimer bor i Oslo og omegn, og de fleste kommer fra Pakistan og Somalia.

De muslimske trossamfund (ligesom andre livs- og trossamfund), der er offentligt godkendt, får statstilskud pr. medlem af staten.

---

<sup>4</sup> [https://kirken.no/globalassets/kirken.no/om-kirken/samfunnsansvar/diakoni/helse\\_kirke\\_hefte\\_2015.pdf](https://kirken.no/globalassets/kirken.no/om-kirken/samfunnsansvar/diakoni/helse_kirke_hefte_2015.pdf)

## Trondheim's kulturkonsulenter<sup>5</sup>

I en årrække har der i en 30%-stilling været ansat en kulturkonsulent på St. Olav, Trondheim sygehus. På hospitalets hjemmesiden<sup>6</sup> er stillingen beskrevet: 'muslimsk kulturkonsulent'. Kulturkonsulenten fungerer også til tider som en muslimsk omsorgsperson/ imam, men de primære opgaver er kulturbrobygning mellem personalet og etniske minoriteter, samt støtte til og undervisning af personalet i relevante emner. *Preste- og samtaletjenesten*, som det hedder, har ligeledes haft en 'humanistisk samtalepartner' ansat.

I perioden 2010-2014 havde hospitalet Emir Krilic ansat i stillingen som kulturkonsulent. Han har en bosnisk baggrund. En kort periode herefter fik de Aminat Idowu ansat. Hun har nigeriansk baggrund. Fra marts 2015 har kulturkonsulenten været Matri Abroud, oprindelig fra Tunesien

Ifølge lederen af tjenesten, Øyvind Taraldset Sørensen, er ordningen med muslimsk kulturkonsulent noget, der er værdsat og bruges meget af hospitalet. I 2018 havde den muslimske kulturkonsulent 48 tilkald udenom ordinær arbejdstid - altså i tillæg til de to dage om ugen, hvor han er ansat.

Konsulentens primære opgaver beskrives således:

- Støttesamtaler
- Ritualer
- Særlige akutte situationer
- Tilkald ved uoverensstemmelser mellem personalet og patienten/familierne
- Undervisning om kulturforståelse og kommunikation

---

<sup>5</sup> Disse oplysninger er fra personlig korrespondance via e-mail med Preste- og samtaletjenesten i Trondheim. Tjenesten har ikke udgivet rapporter eller materiale om kulturkonsulentarbejdet eller deres erfaringer. Der findes dog informationsmateriale på hjemmesiden (også på engelsk) om 'chaplaincy'-teamet, som de kalder det.

<sup>6</sup> <https://stolav.no/avdelinger/sentral-stab/organisasjonsavdelingen/preste-og-samtaletjenesten>

- De ansatte tilkalder kulturkonsulenten, når de oplever at patienten og de pårørende ikke forstår hospitalssystemet, og der er brug for en 'kulturoversætter'. Et konkret eksempel, som Øyvind Taraldset Sørensen nævner, er i forbindelse med, at antallet af pårørende skaber problemer på en afdeling eller stue.

## Projektet på Oslo Universitetssykehus

'Samtalepartnere om tro og livssyn' var et pilotprojekt, der kørte fra 2011-2012 og kom til efter inspiration fra 'Etnisk Ressourceteam' på Rigshospitalet, Danmark. Det blev etableret af 'Samarbejdsrådet for tros- og livssynsamfund' (STL) og Oslo Universitetssykehus (OUS).

22 samtalepartnere blev tilknyttet efter en udvælgelsesproces. De gennemførte kurset 'tro og livssynsbetjening på sygehuse' ved Teologisk Fakultet, Universitet i Oslo. Ambreen Pervez blev ansat som projektkoordinator for ordningen, og hendes opgave var primært at gøre ordningen kendt på afdelingerne og undervise og vejlede afdelinger om forskellige tros- og livssynsemner<sup>7</sup>.

Teamet havde en bred sammensætning med deltagere fra *Baba'i-samfundet*, det daværende *Islamisk Råd Norge*, *Human-Etiske Råd*, *Sikh-samfundet*, *Norges Hindu Kultursenter*, *Kvekerne*, *Metodist Kirken* o.a. De kan tilsammen tale 11 sprog, herunder arabisk, japansk, hindi, tamilsk, urdu osv.. Pilotprojektet fik støtte fra en række norske institutioner: *Kulturdepartementet*, *Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet* og *Helse Sør-Øst RHF*.

Det var særligt i mødet med præstetjenesten på hospitalet, at der tilkom udfordringer. Spørgsmålet om, hvorvidt samtalepersoners kompetencer var gode nok ved særligt krisesituationer, og hvordan det nye tilbud i samspil med præstetjenesten kunne forankres som et tro- og livssynstilbud på sygehuset, afstedkom flere dilemmaer (ibid).

---

<sup>7</sup>Rapport: <https://www.trooglivssyn.no/wp-content/uploads/2018/03/Projekt-rapport-Tros-og-livssynsbetjening-for-pasienter-og-p%C3%A5r%C3%B8rende-p%C3%A5-sykehus-2012.pdf>

Ifølge rapporten er en af anbefalingerne, at der er et behov for et mere rummeligt og tilpasset tilbud til mennesker fra forskellige livssyn og religioner. Rapporten peger på, at imamens rolle i Vesten har ændret sig, og der er brug for imamer som sjælesørgere på hospitaler, ikke mindst på grund af de demografiske ændringer. Der er ca. 11% muslimer, der bor i Oslo og omegn.

Rapporten viste også, at der ikke var så mange henvendelser som forventet. I perioden januar-februar 2012 var der 39 patient- og pårørende-henvendelser og 10 forskellige samtalepartnere brugt fra forskellige tro- og livssyns baggrund.

Projektet er siden blevet til en fast ordning på Oslo Universitetssykehus (OUS), og der er 17 personer tilknyttet samtalepartnerordningen i dag. Ud af de 17, er der 7 muslimer, én shia og resten sunni. Der er også en kvindelige muslimsk samtalepartner i teamet. Der er ca. 50 henvendelser om året. I 2018 var der 44 henvendelser i alt, og 31 af dem henvendte sig til en muslimsk samtalepartner. Til sammenligning har Prestetjenesten ved OUS 10 ansatte præster (Norske Kirke) der har ca. 5000 samtaler om året<sup>8</sup>.

### **Imam Mohammad Azeem, Bergen**

Norge fik sin første ansatte imam, Mohammad Azeem, i Bergen i 2017 på deltid. Inden da havde han arbejdet frivilligt på de forskellige hospitaler i og uden for Bergen-området. Han er på nuværende tidspunkt ansat 50% i moskeen i Bergens centrale moske, hvor han arbejder som imam. Der er også andre imamer ansat i samme moské.

Mohammad Azeem er ansat i en 20%-stilling, hvor han dækker 5 hospitaler i alt. Imamen har kontor på Haukeland Sygehus og fungerer som en del af præstetjenesten. Allerede før sin ansættelse, var han engageret frivilligt i flere år på hospitaler og fængsler som imam, og han er derfor et kendt ansigt inden for islamisk rådgivning for muslimer i området.

---

<sup>8</sup> Email-korrespondance fra Maja Garnaas Kielland Rådgiver, Seksjon for pasientsikkerhet og likeverdige helsetjenester, Oslo Universitetssykehus, d. 14 marts, 2019.

Det var præstetjenesten i Bergen der ønskede at få en fastansat imam. De havde allerede en kulturrådgiver ansat i præstetjenesten.

Muhammad Azeem har pakistansk baggrund og er født i Pakistan. Han har studeret *Dar-e-Nizami* i Karachi, Pakistan og har senere taget et M.Phil fra Libyen. Han er også ’*hafiz al Quran*’ (har lært hele hele Quranen udenad).

De er 3 imamer tilknyttet den centrale moske i Bergen. Azeem taler flydende arabisk, urdu, norsk og engelsk.



### Imam Azeem i Bergen

Muhammad Azeem er ansat 7 timer/ ugentligt – men arbejder efter eget udsagn en del mere end dette, da han dækker 5 hospitaler samt flere psykiatriske afdelinger.

### Azeems erfaringer fra hospitalsarbejdet

Azeem forklarer, at det er utroligt lærerigt for ham at arbejde på hospitaler, og at der venter ham ”nye oplevelser hver dag”. Han underviser desuden personalet på sygehusene ca. 2-3 gange om måneden og har ca. 3-4 patienter om ugen. Han forklarer, at han pga. tidsmangel ikke kan imødekomme alle ønsker, fx om daglige besøg. For ham er brobygningsfunktionen essentiel for arbejdet. Han beskriver selv sit virke med en oplevet situation:

*En kvinde, der har mange smerter over længere tid ankommer til sygehuset akut, da hendes situation forværres. Da hun skal ind til en mandlig læge, afviser hun at blive tilset af ham, fordi det er imod hendes religion. De tager hjem igen, og kvinden dør dagen efter.*

Azeem var ikke i dialog med personalet, patienten eller de pårørende i denne situation, men den er for ham at se et godt eksempel på, hvornår han typisk ville kunne være anvendelig. I situationer som disse, kan han fungere som mediator mellem patienter, deres pårørende og personalet – og fx ud fra religiøse argumenter indgå i en dialog med dem om, hvordan islam forholder sig til forskellige emner.

Azeem forklarer sit arbejde som en måde at tage 'hånd' om patienten og familien på. Han forklarer, at det er i støttefunktionen - både til patient, pårørende og de ansatte – at der er mest væsentligt, hvor håbet er centralt. Han tilføjer, at patienter og pårørende ser det som en positiv overraskelse, når de hører om, at der er en imam til rådighed på hospitalet. Han mener at opleve, at mange patienter intensiverer deres tro, når de bliver ramt af svær sygdom og at de bliver mere opmærksomme på deres gudsforhold og ståsted end før.

Moskeen, hvor Muhammad Azeem er tilknyttet, er glad for, at han hjælper patienter og pårørende på hospitalerne i Bergen, fortæller han.

## **Opsamlende**

Azeem har den fordel, at han kan tale mange sprog: arabisk, urdu og norsk. Sproget er uden tvivl en stor ressource, samtidig med, at han kan Quranen udenad. Det hjælper ham med at udføre imamgerningen på hospitaler, når der skal læses op fra Quranen i forbindelse med svær sygdom og død.

Han afvasker de døde på hospitalet, hvor der er faciliteter til det. Det giver ham også en rolle som en slags bedemand. Han besøger også psykiatriske afdelinger og taler med patienter. Det er et meget omfattende arbejde og kræver mange ressourcer fra hans side. Han må sige nej til nogle patienter, men primært dem, som ikke er svært syg eller døende. Ifølge Azeem er der månedligt ca. 2-3 muslimer, der dør på hospitalet i Bergen og omegn.



Hans samarbejde med resten af tjenesten består i undervisning og faglige drøftelser. Dertil holder de ugentlige møder i præstetjenesten og spiser sammen til frokost.

### **At være religiøs leder i Norge**

Det Teologisk Fakultet ved Universitetet i Oslo (UiO) har siden 2007 arrangeret kurset 'Å være religiøs leder i det norske samfunnet'. Målgruppen for dette kursus er primært ledere i det norske samfund med udenlandsk baggrund. Kurset er varer halvandet år og består af 3 moduler:

- Modul 1: 'Religion, lovgivning, og internasjonale menneskerettigheter'.
- Modul 2: 'Verdier, religiøs mangfold og religionsdialog'
- Modul 3: 'Moralsk og religiøs lovgivning'.

Modulerne kan tages enkeltvis eller samlet. De udløser 10 ECTS-point ved bestået eksamen på BA- eller MA-niveau. I det tredje modul har der typisk været fokus på sjælesorg og omsorgsarbejde ud fra forskellige religiøse traditioner, bl.a. islam, buddhisme og humanisme.

Evalueringsrapporten peger bl.a. på dialogen som et stærkt fundament<sup>9</sup>.

### **2.3. Danmark**

I Danmark er ca. 71% af befolkningen medlemmer af Den Danske Folkekirke. Den største minoritetsreligion er islam, og danske muslimer udgør ca. 5,3% af befolkningen (Jacobsen, 2018).

Der er mulighed for at muslimske trossamfund kan blive godkendt af staten. Trossamfund får ikke tilskud af staten (bortset fra Folkekirken), men

---

<sup>9</sup> <https://www.tf.uio.no/studier/evu/kurs/2015/relleder/evalueringsrapport-relleder-web-2011.pdf>

dens medlemmer har mulighed for at få skattefradrag af medlemskabs kontingent.

I Danmark har kristendommen, ligesom i de andre nordiske lande, spillet en stor rolle på sundhed- og omsorgsområdet og dets udvikling.

### **Sjælesorg på hospitalet konkret - kirkekontormodellen**

Ligesom de andre nordiske lande har Danmark ikke nogen lang tradition for flerreligiøs/ -kulturelt omsorgsarbejde på hospitaler (Nielsen, 2012). Den Danske Folkekirke har ca. 100 hospitalspræster ansat på danske hospitaler, og der er ikke andre gejstlige ansat herudover.

Hospitalspræst på Rigshospitalet, Henning-Nabe Nielsen skrev i 2001 'Religionsvejviseren for sundhedspersonale' - en guide, der gav et overblik over de forskellige verdensreligioners forestillinger om etik, død og forskellige ritualer ved fx fødsel og død samt kontaktoplysninger til de forskellige trosamfund i Danmark. Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)-standarderne gav yderligere styrke til dette område i og med, at der var indlemmet standarder om åndelig omsorg, religiøs og kulturel støtte til patienter og pårørende. DDKM var inspireret af det amerikanske sundhedssystem <sup>10</sup>.

Det flerreligiøse og flerkulturelle omsorgsarbejde i Danmark blev dog først opstartet af *Islamisk-Kristent Studiecenter* i 2003 i form af en aftale, godkendt af direktionerne på Rigshospitalet og Herlev Hospital, med et team bestående af frivillige med anden etnisk baggrund end dansk, som tilbød støtte til patienter, pårørende, personale og åndelig/ religiøs omsorg via tilkald af religiøse repræsentanter udefra. Herunder vil vi kort beskrive processen.

### **Etnisk Ressourceteam i København**

---

<sup>10</sup> <https://www.ikas.dk/den-danske-kvalitetsmodel/>

Islamisk-Kristent Studiecenter (IKS) blev i 2003 kontaktet af to hospitalspræster med henblik på et samarbejde omkring oprettelsen af et slags team, der kunne tilkaldes ved særligt komplekse situationer såsom dødsfald, kriser og udfordringer med mange pårørende på afdelingerne.

I første omgang etablerede IKS en ressourceliste bestående af 10 muslimer med forskellig etnisk baggrund (heraf fire imamer) og med særlig evne til at tale med mennesker i krise. Denne liste var det første år tilgængelig på personalekontorer og intranet for personalet på Amtssygehuset i Herlev og Glostrup Sygehus og blev formidlet af sygehuspræsterne.

På grund af stigende efterspørgsel og henvendelser, som begyndte også at omfatte kristne ressourcepersoner med etnisk minoritetsbaggrund, blev ordningen i 2005 udvidet og sat i mere faste rammer gennem et formaliseret ressource-netværk for patienter og pårørende fra etniske minoriteter og hospitalet personale i Københavnsområdet. Der blev ansat en koordinator (10 timer om ugen) ved hjælp af fondsmidler.

I november og december 2004 blev der på Rigshospitalet gennemført et kursusforløb i omsorgsarbejde for muslimer og kristne med minoritetsbaggrund. Ud af 70 deltagere blev 18 udvalgt til at gå videre til endnu et kursusforløb for at kvalificere sig til at indgå i det frivillige ressource-team. Samtidig gennemførte IKS en række kursusforløb for ansatte i sundhedsvæsenet. Der var stor tilslutning til disse kurser.

I foråret 2005 var Etnisk Ressource-team (ERT) etableret som det første af sin slags i Skandinavien, og ordningen kunne efter direktionernes godkendelse træde i kraft, i første omgang på Rigshospitalet og Amtssygehuset i Herlev.

Fængselsimam ved Vridsløselille Statsfængsel, Naveed Baig, der har en chaplaincy-uddannelse fra Leicester, England, fungerede som koordinator for teamet af frivillige og fungerede samtidig som frivillig imam – en dobbeltrolle, han har haft siden. Det blev starten på et uformelt og frivilligt tilbud om åndelig omsorg til patienter og pårørende på offentlige hospitaler i Danmark. Naveed Baig og teamet arbejdede løbende med at oplyse hospitalsaf-

delingerne om ordningen, tage sig af patienters og pårørendes henvendelser, definere de forskellige behov og måder at samarbejde på og dele denne viden med sundhedspersonalet.

Resultaterne blev så overbevisende, at de to hospitaler i 2008 besluttede at formalisere gruppens arbejde ved at ansætte Naveed Baig fast som koordinator for ERT.

Flere hospitaler både i Danmark og i udlandet har siden kontaktet ERT med henblik på lignende tilbud og/ eller undervisning til deres personale. I dag har Nordsjællands Hospital, etableret deres eget selvstændige team, og i Oslo kører netop nu et pilotprojekt (som også er beskrevet i denne rapport) med inspiration fra ERT, Danmark.

### **Etnisk Ressourceteams virke i dag**

I dag består ERT omkring 40 frivillige mænd og kvinder med forskellig alder og etnisk og religiøs baggrund, som sammen dækker 21 forskellige sprog, heriblandt arabisk til urdu, italiensk, ungarsk, bosnisk, fransk, russisk, tyrkisk, kurdisk, rumænsk, somali, kinesisk. Ca. halvdelen af ressourcepersonerne har et arbejde eller en uddannelsesbaggrund i sundhedssektoren. De er for eksempel sygeplejersker, læger, psykologer og farmaceutstuderende, men der er også andre faggrupper repræsenteret, som giver teamet en bredde, der er relevant for dets arbejde (fx antropologistuderende og socialarbejdere).

Alle ressourcepersoner har gennemført kurser i krise psykologi og sjælesorg og er gjort bekendt med principperne for personlig samtale og besøgstjeneste, herunder tavshedspligt og supervision.

### **Teamets funktioner**

Ressourcepersonernes kan tilkaldes 24 timer i døgnet. Deres hovedfunktioner er at være samtalepartnere og rådgivere i forhold til patienter og pårø-

rende med lignende baggrunde, samt at stå til rådighed for hospitalspersonalet. Betingelsen for at kunne sende en ressourceperson ud, er, at patienten eller dennes pårørende selv har givet deres ytre ønske herom. Derefter er det kriterier som sprog, kulturel baggrund, religion, køn, alder og livserfaring, der afgør, hvem der matcher patienten bedst og bliver sendt ud. Ressourcepersonerne kan tilsammen opfylde følgende 3 forskellige funktioner.

### **Besøgstjenesten**

Alle ressourcepersoner kan fungere som besøgsven i forbindelse med en patients indlæggelse eller en ambulant behandling. Bl.a. kan de holde ensomme patienter eller deres pårørende ved selskab og på den måde bidrage til at mindske de rantes bekymringer og fremmedgørelse. Derudover kan de hjælpe med at formidle arbejdsgangene og sygeplejekulturen på hospitalet eller guide patienterne videre til patientvejleder eller socialrådgiver, når der er behov for det.

### **Brobygningsfunktionen**

Brobygningsfunktionen går ud på at lette kommunikationen mellem personalet og etniske minoritetspatienter og pårørende for derved at skabe gensidig forståelse og få fornemmelse for baggrunden for eget og andres perspektiv. Funktionens mål er oplysning, ikke nødvendigvis konsensus eller kompromis. Ressourcepersoner fungerer her som kulturtolke, og ideelt neutrale brobyggere og bindeled, der kan forklare begge parter, hvad der kulturelt, sundhedsmæssigt eller organisatorisk ligger til grund for deres respektive adfærd og tankegang. Ressourcepersonerne fungerer ikke som almindelige tolke.

### **Rådgivning, undervisning og supervision**

Rådgivning kan foregå via telefon, e-mail, fysiske møder, eller ved case baseret undervisning med udgangspunkt i afdelingens egne cases. Endvidere

tilbydes hospitalspersonalet undervisning i interkulturel kommunikation, sygdomsopfattelser, muslimske ritualer i forbindelse med fødsel og død, islams forhold til død og sygdom, bioetik mm. Enkelte afdelinger har også ønsket regelmæssig supervision for at følge op på den interne udvikling i håndtering af casene. ERT er også fast tilknyttet diverse moduler og kurser, som udbydes til hospitalets personale i undervisnings øjemed.

### **ERT i tre faser**

Etnisk Ressourceteams historie kan deles op i tre faser. Det første var eksperiment- og opstartsfasen, der varede fra 2003-2005. I første omgang etablerede IKS en ressourceliste bestående af 10 personer med forskellig etnisk og kulturel baggrund (heraf fire imamer) med særlige evner til og baggrund for at tale med mennesker i en krisesituation. Denne liste var det første år tilgængelig på personalekontorer og intranet for personaler på Amtssygehuset i Herlev og Glostrup Sygehus. Den blev formidlet af sygehuspræsterne. Da ordningen viste sig at være funktionsduelig, blev den udvidet til at omfatte alle hospitaler i Københavnsområdet, dvs. Amager Hospital, Amtssygehuset i Gentofte, Bispebjerg Hospital, Frederiksberg Hospital og Rigshospitalet.

På grund af stigende efterspørgsel ønskede IKS denne ordning udvidet og sat i mere faste rammer gennem et mere formaliseret ressource-netværk og en egentlig besøgs- og rådgivningstjeneste for patienter, pårørende og personale på hospitaler i Københavnsområdet. Dette krævede en mere organiseret kontakt til hospitalerne, da der var tale om en helt ny indsats. Da der også havde været henvendelser angående kristne ressourcepersoner med etnisk minoritetsbaggrund, blev kristne inkluderet i ressource-netværket. Gennem undervisning og samtaletræning ønskede man at dygtiggøre mindst 20 frivillige med anden etnisk baggrund til dette omsorgsarbejde, dvs. til at fungere som samtalepartnere, rådgivere og foredragsholdere og stå til rådighed for hospitalspersonale. Projektets sigte var (som beskrevet dengang):

- at patienter og pårørende får mulighed for at tale med et menneske, der forstår deres baggrund, og at personalet får den hjælp og støtte, de har brug for i forhold til at varetage patienternes behov.
- at de frivillige med forskellig etnisk baggrund bliver bedre i stand til at samtale med mennesker i krisesituationer og formidle deres erfaringer og viden til andre og dermed inspirerer til, at andre tager en lignende opgave op.
- at der skabes en bedre forståelse blandt sundhedspersonale for de problemer, der kan opstå i forbindelse med muslimske indlagte, og at hospitalspersonalet dermed bliver bedre i stand til at varetage arbejdet med patienter, der har muslimsk baggrund. I denne fase opnået man at hverve de frivillige, tilbyde et kursusforløb og gennemføre en visitation. Der blev udvalgt 18 frivillige til at indgå i dette team. Der blev også dannet en styregruppe med 10 fagpersoner ansat på hospitaler og andre relevante institutioner/foreninger. Fælles for alle lande er sekularisering, indvandring i slut 60'erne og 70erne og forsat, diskussioner om integration/inklusion, individualisering af religionen og kulturen, strukturelle ændringer/reformer og den højteknologiske verdensorden mm.

### **Islamisk teologisk uddannelse på Københavns Universitet**

En af de store debattemner vedrørende islam og muslimer i Danmark har gennem mange år været imamernes uddannelse eller mangel på samme. Følgende spørgsmål kommer op: Hvordan kan man have en akademisk og kritisk islamuddannelse? Hvem skal undervise og hvem skal bestemme, hvad der skal undervises i? Hvem skal betale og hvordan håndterer man interne forskelligheder inden for islamisk teologi såsom shia, sunni retninger? Er det universitets opgave at tilbyde teologisk uddannelse, eller et internt muslimsk anliggende?

Der blev i 2014 dannet et mindre netværk, hvor Professor Hans Ravn Iversen fra Det Teologiske Fakultet, KU var primus motor. Netværket undersøgte muligheden for at tilbyde en master i islamisk teologi fra Fakultetets side. Senere blev forskellige relevante aktører inkluderet fra Københavns Universitet, muslimske og kirkelige organisationer, samt praktikere indenfor feltet i en arbejdsgruppe<sup>11</sup>.

Det var bevidst ikke at kalde det en 'imamuddannelse', for det var det heller ikke ment som - i hvert fald ikke som udgangspunkt. Det var og blev et åbent universitetskursus, som kunne viderequalificere deltagerne i islamisk teologi med fokus på praksis og på, hvordan man skulle møde og arbejde med indsatte, patienter, brugere, studerende osv. med muslimsk baggrund. Masteren som fleksibelt forløb, under åbent universitet kom til hedde 'Islamisk teologi og praksisformer'<sup>12</sup>.

Kompaktkurset om åndelig omsorg i islam blev det første i rækken af kurser om islamisk teologi og praksis. Det var første gang, en systematisk teologisk gennemgang af åndelig omsorg i islam blev gennemført på universitetsplan i Danmark. Dette skete med fokus på de to områder, hvor der i Danmark er erfaring med omsorgsarbejde, både teoretisk og praktisk, nemlig fængsels- og sundhedsområdet. Erfaringerne hermed er opnået vha. de to underviseres arbejde med Katalysator (omsorg i fængsler) og Etnisk Ressourceteam (omsorg på hospitaler) i Danmark. Det var hhv. Dr. Theol. Lissi Rasmussen og Naveed Baig der var ansvarlige for kurset. Hans Ravn Iversen var hovedansvarlig for masteren. Der var både imamer og en enkelt præst med i kompaktkurset om åndelig omsorg i islam, ligesom der også var studerende og praktikere, der gennemførte kurset.

Med hjælp fra to kompetente udenlandske forelæsere blev der endvidere lagt vægt på den mere tværfaglige og holistiske tilgang til åndelig omsorg på institutioner, med inddragelse af psykoterapien.

Kurset blev gennemført i januar 2016.

---

<sup>11</sup> <https://politiken.dk/debat/kroniken/art5587448/Nu-f%C3%A5r-vi-en-islamisk-teologisk-uddannelse-i-Danmark>

<sup>12</sup> [https://teol.ku.dk/uddannelser/master\\_som\\_fleksibelt\\_forloeb/](https://teol.ku.dk/uddannelser/master_som_fleksibelt_forloeb/)



## **Bederum/stillerum + Center for tro og fordybelse**

Et nyt og innovativt projekt ved navn 'Center for Tro og Fordybelse' (CTF) bliver færdigt i sommeren 2019 på Herlev Hospital i København i forbindelse med hospitalets omfattende nybyggeri. Tanken er, at CTF vil bestå af en indviet kirke, et muslimsk bederum og et stillerum for ikke-religiøse. Det er nu afdøde hospitalspræst på Herlev Hospital, Tom Kjær, der har været initiativtager til projektet og visionen om at samle åndelig og religiøs praksis på et fælles sted på sygehuset. CTF har også en have ved bygningen, et fællesareal inden i, og et uderum til fordybelse<sup>13</sup>. Signalværdien af denne bygning er enormt, da det ikke alene peger hen imod en åbning for muslimsk åndelig støtte på offentlige institutioner, men også til ikke-religiøse behov. Rummet for et stillerum for ikke-religiøse retter sig mod den stigende del af befolkning som ikke tilknytter sig en religion eller ønsker som et rum uden religiøse symboler. Det er Herlev Kommune, der vil varetage det ikke-religiøse rums anliggender. Det er i øvrigt første gang i Danmarks historie, at man bygger et dedikeret muslimsk bederum fra grunden på et dansk hospital.

## **Det tætte, faglige samarbejde i den kirkelige funktion**

Naveed Baig færdiggjorde sin chaplaincy-uddannelse ved Markfield Institute of Higher Education, Leciester, i 2006 og var i den forbindelse i praktik hos hospitalspræst ved Rigshospitalet, Henning Nabe-Nielsen. I dag er han selv ansat af hospitalet, men samarbejdet med hospitalspræsterne er fortsat på den måde, at han administrativt indgår i den såkaldte 'kirkelige funktion', som ud over Naveed Baig består af fire præster, en akademisk medarbejder og en organist. Funktionen ledes af hospitalspræst Christian Juul Busch. Naveed Baig har i dag fysisk kontorplads på kirkens kontor. Herfra koordinerer han ERT og fungerer i praksis som muslimsk rådgiver

---

<sup>13</sup> <https://www.herlevhospital.dk/nyhospitalherlev/Projektet/center-for-fordybelse-tro/Sider/Om-Center-for-Fordybelse-og-Tro.aspx>

og frivillig imam på hospitalet, bl.a. gennem vejledning og undervisning af det sundhedsfaglige personale.

Det tætte samarbejde med hospitalets præster – såvel i de fysiske rammer som i de indholdsmæssige – betyder, at der er en tæt relation, erfaringsudveksling og sparring både teoretisk, praktisk og teologisk omkring den åndelige omsorg og det arbejde, der knytter sig hertil.

Naveed Baig og hospitalspræsterne arbejder således sammen både i ønsket om at tilbyde et bredt sigte i et kulturelt og religiøst perspektiv, men koordinerer fx også fælles oplæg og undervisning for personale og andre interessenter.



**Eidfest på Rigshospitalet. Stående: Naveed Baig til venstre og hospitalspræst, Henning Nabe-Nielsen**

Rigshospitalet har i mange år haft en kirke, og i 2006 fik hospitalet et kombineret bede- og stillerum. I 2018 er rummet blevet gennemrenoveret til at være et dedikeret muslimsk bederum. I forbindelse med projektet har Naveed Baig fungeret som projektleder og bindeled mellem donorer, hospitalet og arkitekterne.

## **Dokumentaren 'Imamen på Riget'.**

Arbejdet som imam på Rigshospitalet gik ikke ubemærket hen. I sommeren 2018 viste DR en dokumentar med Naveed Baig på DRK over flere omgange<sup>14</sup>. Dokumentaristen Jakob Rasmussen havde fulgt Baig i ca. 2 år. Hovedtemaerne var religiøs coping, døden i islam, mening med sygdom og lidelse, interreligiøst samarbejde mm. Man fik for første gang i nordisk historie et indblik i det kliniske møde mellem patienter/pårørende med muslimsk baggrund og en imam. To af Baig patienter døde under optagelserne, og temaet sorg og sorgbearbejdning er således også en vigtig del af udsendelsen.

Dokumentaren var med til at sætte imamer og deres rolle i samfundet i fokus.

## **Kap. 3**

### **3.1. Sammenligning: fællestræk/forskelle i Norden**

Som det fremgår af overblikket over udviklingen i Sverige, Norge og Danmark, har landene væsentlige ligheder i forhold til de tiltag, der er kommet i forbindelse med omsorgsarbejdet for muslimer på hospitalerne. Der er dog også væsentlige forskelle.

Helt grundlæggende har alle tre lande en stor tilknytning til deres respektive kirker, hvor den lutherske, protestantiske kristendom er majoritets-religionen. I Sverige er kirke og stat adskilt, men på institutionsniveau har man stadigvæk et tæt samarbejde. I Danmark er de folkekirkelige præster de eneste religiøse repræsentanter, der formelt er ansat som sådan.

I Norge er der sket en formel adskillelse mellem kirke og stat, men qua den historiske præstetjeneste på hospitaler, har kirken stadig en markant tilstedeværelse og organisering.

---

<sup>14</sup> <https://www.dr.dk/tv/se/imamen-pa-riget/imamen-pa-riget-2/imamen-pa-riget>

## Sverige

Der er i Sverige både en struktur og en politisk vilje til at betjene forskellige religioner og livssyn på hospitalerne. Der arbejdes også for at opstarte en chaplaincy-uddannelse for muslimske omsorgsarbejdere i den kommende fremtid, efter inspiration fra Markfield Institute of Higher Education i Leicester, der har stor erfaring med 'Islamic chaplaincy'-uddannelsen, som de tilbyder.

I Sverige har man ansat 12 muslimske omsorgsarbejdere - både kvinder og mænd, imamer og koordinators med forskellige etniske baggrunde og teologiske retninger. Til gengæld har man ikke en fælles betegnelse for disse omsorgsarbejdere. De bliver kaldt koordinators og imamer, og nogle kan være begge dele. Det kan skabe forvirring i forhold til funktioner, og hvordan de opfattes på de respektive hospitaler og af deres brugere og ansatte. De har fra STL's side ikke skriftligt materiale, rapporter, årsopgørelser o.lign., der sætter lys på koordinatorsernes/ imamernes erfaringer.

STL har sammen med trossamfundene en afgørende betydning for at kunne give betjening på hospitaler. Dette samarbejde sikrer, at man kan ansætte religiøse omsorgsarbejdere på hospitalerne.

## Norge

I Norge har arbejdet med institutionelt muslimsk omsorgsarbejde været mere ad hoc og lokalforankret. I Trondheim startede man med at ansætte en kulturkonsulent med bosnisk baggrund i 2010.

I dag har kulturkonsulenten arabisk baggrund og er ansat på sygehuset, og funktionen er nu forankret i præstetjenesten. Der findes som i Sverige ikke litteratur eller rapporter over kulturkonsulentens arbejde - hverken statistisk eller angående vejledende erfaringssamlinger.

På uddannelsesniveau har Teologisk Fakultet i Oslo i en årrække haft fokus på omsorgsarbejde for forkyndere fra forskellige religiøse og livssyns-grupper. Man har formået at danne et netværk for religiøse og ikke religiøse forkyndere og ledere der mødes og drøfter aktuelle og relevante emner.

## Danmark

I Danmark har det primært været IKS (islamisk Kristent Studiecenter) der har båret hovedansvaret for at opstarte omsorgstilbud til minoritets-befolkningen og undervise personalet om religiøse og kulturelle emner igennem Etnisk Ressourceteam. Der er ikke noget politik på området for religiøs betjening af ikke-folkekirke medlemmer på hospitaler. Man har dog fundet på løsninger såsom at bruge præsterne til at tilkalde andre trosrepræsentanter og som på Rigshospitalet og Herlev Hospital tilknyttet en imam. Der har i den seneste tid været initiativer fra Humanistisk Samfund <sup>15</sup> og Phendeling Centeret (Center for Tibetansk Buddhisme) til at uddanne deltagere i sjælesorg/samtalepartner indenfor de respektive traditioner med hensigt om at kunne yde støtte til mennesker på bl.a. hospitaler. Niels Valdemar Vinding fra Københavns Universitet har i en artikel fornyeligt gjort rede for hvor mange muslimske sjælesørgere der er brug for, set i betragtning af antal af muslimer i Danmark <sup>16</sup>.

## Fællestræk i tilbud

En af lighederne mellem de tre lande er, at imam-/koordinatorfunktionerne som udgangspunkt har et tæt forhold til de kristne præster. Præstetjenesterne har ikke alene fundet plads til den nye funktion, men indgår også i et samarbejde.

Både i Norge og i Danmark har præsterne været primus motor i at få tilknyttet imamer/ koordinatore. Det interreligiøse perspektiv, man ser i det særligt kristne-muslimske samarbejde, er en naturlig udvikling, som også ses i mange andre lande i Europa og Nordamerika, hvor de gejstlige har fælles arealer, hvor de har kontorfaciliteter og er knyttet sammen rent organisatorisk eller administrativt - typisk i 'spiritual care centers'. Denne udvikling i Norden er ny, men lader til at være i gang.

---

<sup>15</sup> <https://www.humanistisksamfund.dk/kunne-du-vaere-interesseret-i-at-blive-humanistisk-samtalepartner/>

<sup>16</sup> <https://www.religion.dk/hvad-kan-danmark-bruge-muslimske-sjaelesoergere-til>

For kirken har det betydet, at man kan fremstå som en rummelig kirke, der kan se meningen i at andre religiøse retninger, får den samme eller en lignende standard for åndelig omsorg som den, der tilbydes majoritetsbefolkningen. Som præst Øyvind Taraldset Sørensen fra Trondheim siger, ”[den muslimske kulturkonsulent funktionen] bidrar til å skape legitimitet til Preste- og samtaletjenesten.”

På samme tid kan dette samarbejde også sikre, at imamer får den rette indslusning, supervision og støtte fra præsternes side. Der kan være en stor fordel i, at imamerne kan det lokale sprog, er trænet og ikke kommer udefra og som ’gæster’, men er ansatte. Deres forhold til personalet er også afgørende for deres virke i forhold til, hvordan de bliver brugt. Dette kommer til udtryk fx gennem den meget efterspurgte undervisning, som imamerne/koordinatorer bliver inviteret til at afholde.

Noget andet, som de tre lande har til fælles, er hospitalspersonalets søgen efter viden om islam og muslimer. Mange af de samme emner går igen. Både i Danmark, Sverige og Norge har emnerne om ritualer ved dødsfald været populære. Ydermere har ’konfliktsituationer’ også været noget, som personalet har villet drøfte med imamen/koordinatoren. Fx siger imamen Muhammad Azeem fra Norge, at emner, som mange pårørende på afdelingerne er usikre på, eller som de tvivler på i forbindelse med håndtryk er noget af det, han underviser personalet i. Det samme gælder ’kulturmøder’, hvor han forsøger at sætte personalet ind i familiernes baggrund og kultur og skabe forståelse den vej rundt.

Derfor har man også både i Sverige og i Danmark skrevet materiale målrettet hospitalspersonalet.

En anden lighed for alle lande er, at der er behov for målrettet viden for personalet. Det er de samme emner, der bliver undervist i: ritualer i forbindelse med dødsfald, synet på og kommunikation omkring døden, bioetiske emner og kulturmøde mm.

Endelig lader frivilligheden til at være en lighed. Både i Sverige og Danmark er frivilligheden en stor ressource for hospitalerne. Dog styres de frivillige igennem en ansat koordinator der kan have daglig kontakt med de frivillige

og de diverse hospitalsafdelinger der bruger ordningerne og har brug for informationer og feedback. Koordinatorens synlighed er afgørende på afdelingerne som kommer til udtryk fra alle lande hvor disse typer ordninger findes.

## **Anbefalinger**

Der findes få tidligere anbefalinger på området, men et universitet i Michigan lavede et unikt studie, der udkom i 2010, og som fandt flere 'positive sider' af "Muslim chaplaincy". I den tematiske analyse fremkom der 4 hovedpunkter angående imam rollen i sundhedsvæsenet:

- a. Deres positive budskaber om sundhed og helbred igennem prædikener og undervisning til menigheden.
- b. Deres udførelse af ritualer ved dødsfald, sygdom og krisesituationer på hospitalerne.
- c. Deres evne til at fungere som advokater for deres muslimske patienter, samt eksekveringen af kulturfølsom undervisning og træning til hospitalspersonale.
- d. Deres assistance til patienter/familier ved svære etiske og religiøse dilemmaer.

Undersøgelsen fastslog også nogle udfordringer for imamerne tilknyttet hospitaler. Begrænset viden om medicin og kliniske beslutninger og manglende tilgængelighed på hospitaler var nogle af dem<sup>17</sup>.

## **Anbefalinger fra denne fagrapport**

Her er samlet en række opsamlende anbefalinger på baggrund af denne rapports fund. Det anbefales:

---

<sup>17</sup> <https://www.uofmhealth.org/news/1866benefits-to-muslim-religious-leader>

- At hospitalerne er opmærksomme på de behov der kan være for at give optimalt åndelig omsorg til muslimer og andre tro- og livssynsgrupper.
- At der sker en stærkere tilknytning og ansættelse af muslimske gejstlige på hospitaler, der, hvor der er et behov.
- At der formidles mere målrettet viden og træning til hospitalspersonale om åndelig omsorg i forskellige religioner og livssyn.
- At der søges mulighed for at lave undersøgelser og forske mere på området. Mulige emner, der anbefales, er a) Indholdet af muslimsk omsorgsarbejde og dens efterspørgsel på hospitaler og b) Det flerreligiøse samarbejde mellem præstetjenesterne og imamer/koordinatorer.
- At man kigger nærmere på de behov, der kan opstå for åndelig omsorg for muslimer i andre sektorer som plejehjem, hospicer, hjemmehjælp og psykiatrien.
- At arbejde for, at der, hvor der er ansat muslimske koordinatore/imamer, får de den nødvendige støtte, supervision og efteruddannelse til at opbygge kompetencer.

## Vigtige fund

Sverige er længst fremme med at tilknytte og ansætte muslimske koordinatore/imamer.

Alle koordinatore/imamer har en eller anden form for samarbejde/tilknytning til den kirkelige funktion på hospitaler

Præsterne og deres sjælesørgeriske kompetencer fungerer som en vigtig inspirationskilde til imamernes arbejde.

Der er et stort behov for undervisning og vejledning til hospitalspersonale i muslimske ritualer, kulturemner og hvordan man håndterer mulige konfliktsituationer.



Der er ikke de samme ambitioner for det tværreligiøse samarbejde og opkvalificering af området i alle de lande

-Det frivillige arbejde er generelt udbredt i alle de tre lande på hospitaler og flere af koordinatorene/imamerne arbejder frivilligt på andre sundhedsinstitutioner end dem de er tilknyttet til.

### **Litteraturliste**

Erika Willander, Hannah Bradby, Sandra Torres & Pernilla Jonsson (2019): Conditions for Religious Pluralism in Swedish Hospital Chaplaincy: A Research Note, Journal of Health Care Chaplaincy, DOI: 10.1080/08854726.2018.1548853

Magdalena Nordin & Tobias Schölin, Religion, vård och omsorg. Gleerups Utbildning AB. 2011.

Arne Fjellbu, Sjelesorg. Gyldendal Norsk Forlag. 1953.

Tor Johan S. Grevbo, Sjelesorg I teori og praksis. Luther Forlag. 2018.

Rita Nielsen, Det nødvendige nærvær. Eksistensen. 2