

KAPITTEL 6

Ordinert tjeneste på offentlig institusjon. Helsefaglige perspektiver

Hans Stifoss-Hanssen Professor emeritus, VID vitenskapelige høyskole

Abstract: In this chapter, the main aim is to outline an important discussion regarding the character of chaplaincy, with a main focus on chaplaincy in health-care practices. The discussion can be seen on the background of the history of chaplaincy in Norway, which has been characterized by a dominance of Lutheran clergy. The idea of this chapter is to show how healthcare chaplaincy at present increasingly unfolds as an integrated contribution to the overall task of health-care, which is to secure minimizing of mental and physical pain, and maximizing wellbeing and meaningfulness for the persons who receive care. Given such a holistic definition of healthcare, chaplaincy could and should be part of it. This understanding does not exclude the possibility for chaplains with religious qualifications from responding to persons' requests for religious support, and thus supporting their rights to practice their religion or view of life. I argue that this analysis can also be supported within a theological framework, particularly within the discourse on diaconia.

Keywords: healthcare chaplaincy, holistic definition, religious support, diaconia

Innledning

I en bok om prestetjeneste, med spesialprester som en viktig lesergruppe, er det viktig å peke på hva min undertittel kan bety: «Helsefaglige perspektiver». Så lenge det er prester i helseinstitusjoner i Norge, kan man med god grunn reflektere over dette fra et helsefaglig perspektiv. Samtidig er det i denne bokens sammenheng ikke bare snakk om å invitere til et helsefaglig blikk på prestetjenesten. Jeg forstår oppgaven min her som å gi *et helsefaglig perspektiv som er legitimt for den ordinerte kirkelige tjenesten*. Det er ikke et utenfrablikk. Når jeg og andre med sykehuspresterfaring utvikler helsefaglige perspektiver på tjenesten vår, så gjør vi det nettopp som prester i helsetjenesten; det er blant våre bidrag til den varianten av diakonal og praktisk teologi som begrunner og informerer vårt arbeid i helseinstitusjoner. Vigslede personer fra kristne trossamfunn i andre institusjoner vil langt på vei kunne kjenne seg igjen i dette.

De teologiske ressursene for prestetjeneste på sykehus

Fra en teologisk synsvinkel er det naturlig å peke på mange ressurser fra den systematiske teologien, slik som skapelsesteologi og etikk, og likedan er det mange relevante perspektiver å hente fra pastoralteologien. Politisk teologi, frigjøringsteologi og feministteologi er også nærliggende å hente inspirasjon fra. I forelesningen sin på kurset for spesialprester framhevet Sturla Stålsett disse ressursene som bakgrunn for den ordinerte tjenesten på offentlig institusjon, med god grunn. Samtidig er det viktig å framheve *det diakonale perspektivet* i denne sammenhengen – særlig når det gjelder å begrunne hvordan *det helsefaglige perspektivet* er legitimt for sykehusprestetjenesten (Berthelsen & Stifoss-Hanssen, 2014, s. 383–387). Det diakonale perspektivet er ikke nødvendigvis en separat begrunnelse, men en måte å organisere kristne begrunnelser på (nestekjærlighet, inkluderende fellesskap, vern om skaperverket, kamp for rettferdighet – (Kirkerådet, 2020)). Diakonivitenskapen arbeider med impulsen til å stille opp for det utsatte og marginaliserte medmennesket. Denne impulsen må forstås som en god grunn for kirken til å stille opp med bidrag til psykososialt lindringsarbeid i samfunnet, også det som skjer i regi av offentlige institusjoner. Diakonal teori og praksis har fulgt samfunnet vårt svært lenge, og argumentene for å lindre og trøste i eksistensiell nød blir ikke endret eller svekket av

samfunnsendringene, heller ikke dem som består i sekularisering og det flerkulturelle.

Formålet med prestetjenesten

Institusjonenes primæroppgave er å gi omfattende og helhetlig helsehjelp til dem som trenger det, og en sentral oppgave for prestetjenesten er å bidra til å løse denne primæroppgaven. Dette er bidrag prestene gir som ansatte i sykehus og andre helseinstitusjoner. Sykehusprestene (og andre som er ansatt i preste-/samtaletjenesten) har åndelig (ev. eksistensiell) omsorg som hovedoppgave, og åndelig omsorg hører til institusjonenes primæroppgave. For prester i norske sykehus er dette klart ut fra ansettelsesforholdet deres til helseforetakene, det samme gjelder for prester i sykehus andre steder det er naturlig å sammenligne oss med. Sykehusprestene har spesialkompetanse innenfor området åndelig omsorg (f.eks. Stifoss-Hanssen, 1998a og b), og arbeidet deres avspeiler dette – med brukerkontakt, veiledning og undervisning.

Åndelig omsorg er samtidig et delt ansvar for alle ansatte med brukerkontakt, i varierende grad og med ulikt fokus. Dette eksemplifiseres klart i de siste retningslinjene i eHåndboken til Oslo Universitetssykehus (OUS): Åndelige og eksistensielle behov hos pasienter og pårørende (Oslo universitetssykehus, 2020).

Den ordinerte tjenestens og helsetjenestens mandat og formål overlapper og sammenfaller. Å trøste en person i krise og eksistensiell nød er ikke en perifer oppgave for den ordinerte tjenesten, det er i kjernen av oppgaven.

Chaplaincy-begrepet

I de senere årene er chaplaincy-begrepet i økende grad blitt tatt i bruk for å betegne prestetjenesten i helseinstitusjoner, sammen med tjenesten i institusjoner som militæret, høyere utdanning, fengsler osv. Disse tjenestene står utvilsomt på skuldrene til de ulike tjenestene utført av ordinerte kristne representanter. Men disse tjenestene er i stadig større grad transformert til tjenester som avspeiler en mer sekulær og flerreligiøs situasjon, og en programfestet livssynsåpenhet. Chaplaincy-begrepet har i stor grad blitt akseptert i fagmiljøet omkring virksomheten som en mer inkluderende betegnelse. Sykehusprest har med rimelighet blitt assosiert med en kristen funksjon i vår sammenheng. Chaplaincy-begrepet er heller ikke helt uten bindinger, men det er akseptert som en betegnelse som omfatter

samtalepartnere med bakgrunn i ulike livssyn og religiøse tradisjoner (en fin introduksjon til bruken av begrepet finnes på Wikipedia (<https://en.wikipedia.org/wiki/Chaplain>)). Det finnes internasjonale sammenlutninger som knyttes sammen av chaplaincy-identiteten (f.eks. <http://www.enhcc.eu/>), og en internasjonal forskningsgruppe med flere norske og nordiske representanter, RECHAP, har vært i virksomhet i ca. fem år. Denne gruppen står bak flere publikasjoner, blant annet et temanummer av *Tidsskrift for Praktisk Teologi* (2019, 36(2), med 19 ulike forfattere, se særlig s. 4–10). Det som knytter dette fagmiljøet sammen, er en konsensus om at chaplaincy tjener helsefaglige formål i en vid og etisk bevisst betydning. Argumentasjonen er ofte knyttet til folkehelse-ressonnementer, og forståelsen av den betydningen som religion, livssyn og eksistensielle strategier kan ha for folkehelsen (se f.eks. Danbolt et al., 2021, s. 25; DeMarinis, 2003).

Ulikt rasjonale for sykehuspresttjeneste

Framstillingen ovenfor er basert på en forståelse av ordinert tjeneste som chaplaincy, med utgangspunkt i institusjonenes ansvar for å imøtekomme brukernes behov, også de åndelige/eksistensielle behovene. Det er videre også mulig å forstå denne tjenesten som en virksomhet der institusjonene innfrir brukernes menneskerettigheter, særlig religionsfriheten og dermed retten til å praktisere sin religion. Dette rasjonalet for prestetjeneste/chaplaincy kan beskrives som livssynsbetjening. Det ligger i denne tenkningen at den som utøver tjenesten, er en representant for brukerens religion eller livssyn. Chaplains i denne betydningen må avspeile mangfoldet i brukergruppen, og hver bruker må betjenes av sin representant.

Skillet mellom disse måtene å begrunne tjenesten på har vært ganske tydelig i den meningsutvekslingen som har funnet sted på området. Representanter for livssynsminoriteter har ofte tatt utgangspunkt i livssynsbetjening. Institutt for menneskerettigheter har tatt dette utgangspunktet, og utredningen *Det livssyns åpne samfunn* (NOU 2013: 1) kan også langt på vei tolkes i denne retningen når det gjelder arbeidet i institusjoner.

Innledningsvis er altså formålet med tjenestene, og dermed rasjonalet for deres eksistens, framstilt som et bidrag til helhetlig omsorg for pasientene, inkludert ivaretagelse av eksistensielle og åndelige behov – dette er for eksempel grundig utviklet av C. Swift i en engelsk sammenheng: *Hospital Chaplaincy in the Twenty-first Century. The Crisis of Spiritual Care on the NHS* (2018). Man legger vekt på at omsorg i sykehus må omfatte fysiologiske,

psykologiske, sosiale og eksistensielle behov. Sykehusbehandling er ofte en krise for pasientene, og dermed en eksistensiell påkjenning som behøver oppmerksomhet.

Håndtering av krisen kan ha vesentlig betydning for å løse de helsefaglige oppgavene, og for helsen. Dette er en helsefaglig begrunnelse som springer ut av helsevesenets primæroppgave.

Eksistensiell omsorg i sykehus er sykehusprestere primæroppgave, det vil si oppgaven for chaplaincy, og det krever kvalifikasjoner på spesialistnivå, for eksempel pastoralklinisk utdanning og/eller kompetanse. Sykehusprestene har spisskompetanse og dedikerte oppgaver på dette feltet, de er «spesialister i eksistensiell omsorg». Samtidig har alt helsepersonell med omsorgsoppgaver (pasientkontakt) til oppgave å bidra til eksistensiell omsorg. Dette baserer seg på generisk profesjonalitet, på helsefaglig pasientsentrert fokus, det krever ikke sammenfall med pasientens livssyn. Det er verd å merke seg at sjelesorg heller ikke opererer med en forventning om sammenfall i livssyn.

I forskningen har det vært beskrevet en utvikling i sykehuspresttjeneste (chaplaincy) fra religiøs/livssynsmessig betjening til åndelig og eksistensiell omsorg (se f.eks. Stifoss-Hanssen et al., 2019). Religiøs/livssynsmessig betjening kan da beskrives som det å gjøre religiøse eksperter eller tilsvarende tilgjengelige for pasienter som sogner til de livssynsgruppene disse representerer. For mange er innleggelse forbundet med en livskrise, og da kan det være viktig for pasientene å opprettholde sin mulighet til å praktisere sin religion (livssyn). Innleggelse i sykehus kan være forbundet med omstendigheter som aktualiserer religiøse utfordringer og handlinger. Tjenesten er da ikke begrunnet helsefaglig. De oppgavene det pekes på, er viktige, og de er solid begrunnet i menneskerettighetene, men de faller ikke innenfor helsevesenets primæroppgave. Det er oppgaver helsevesenet skal legge til rette for og sørge for at ikke hindres, men det er basert på en menneskerettsfaglig begrunnelse. Tjenesten skal representere trossamfunnet og religionen/livssynet overfor personer som er for eksempel i sykehus.

NOU 2013: 1: Det livssynsåpne samfunnet

Det er grunn til å lese denne NOU-en dithen at den legger stor vekt på livssynsbetjening og menneskerettighetsargumenter, ikke minst på den måten at den var overraskende detaljert på forslag om reformering og ressursfordeling i sykehuspresttjenesten på et slikt grunnlag.

Det ble uttrykt skepsis til utredningen fordi det ikke på noe sted var noen definisjon av livssynsbegrepet, eller noen drøfting av hva begrepet kan referere til. Den faktiske bruken av begrepet i utredningen kunne tyde på at man tenkte på livssyn som et mentalt/kognitivt biprodukt av visse organisasjoner. Denne forståelsen kan framstå som monolittisk og statisk, til forskjell fra å forstå livssyn også som noe dynamisk, et fenomen som finnes i menneskers liv som et verktøy til å møte og mestre eksistensielle utfordringer (se f.eks. Høringsuttalelse fra Diakonhjemmet høgskole (2013). Denne måten å bruke livssynsbegrepet på tyder på at man ikke har orientert seg i det omfattende arbeidet som er gjort i helsefagene og ellers når det gjelder livssyn som en eksistensiell prosess med relevans for helse (f.eks. Stifoss-Hanssen & Kallenberg, 1998), i religionsvitenskapens arbeid med begrepet «Lived religion» (McGuire, 2008) og forståelsen av religion som orientering, transformasjon og legitimering (Henriksen, 2019).

En ulempe ved denne forståelsen av den ordinerte tjenesten i institusjoner er at helsefaglig kompetanse og kunnskapsutvikling hos dem som utfører tjenestene, kommer i bakgrunnen, mens det vektlegges at personene har autorisasjon som religiøse ledere og kan representere trossamfunnene. Relasjonell og kommunikativ kompetanse nevnes, men kommer i bakgrunnen. Et oppdatert eksempel på dette er ansettelsen av sykehusemamm ved OUS i 2021, der godt kvalifiserte søkere ikke kom i betraktning fordi de ikke representerte et konkret trossamfunn / en konkret moske (Marvik, J. A. H., 2021).

Denne spenningen mellom ulike måter å begrunne sykehusprestjetjenesten/chaplaincy på er drøftet videre i boken *Det livssyns åpne samfunn* (Stålsett, 2021). Her anerkjennes for så vidt denne spenningen, og innvendingene kommenteres, blant annet dem som kommer fram i boken *Clinique du sens* (bidrag av Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2020). Et hovedanliggende for Stålsett er likebehandling med utgangspunkt i brukernes livssyn – dette er ikke unaturlig med tanke på at dette nettopp var i fokus for NOU 2013: 1. Utredningen beskriver jo sykehusprestenes arbeid som «religiøs betjening», og det er åpenbart at dette må være gjenstand for likebehandling. Men begrepsbruken viser samtidig problemet: at tjenestens hovedkarakter av å være spesialisert, kvalifisert åndelig og eksistensiell omsorg ikke får tilstrekkelig tyngde. Religiøs (ev. livssynsmessig) betjening må selvsagt fordeles ut fra likebehandling og eventuelle preferanser

hos pasientene, men pasientene har ikke bare krav på at deres livssyn skal likebehandles, de har i like stor grad behov for og krav på at deres åndelige og eksistensielle behov skal ivaretas. På dette området spiller de facto en velfundert sykehuspresttjeneste en sentral rolle, og ingen ville tjene på å nedmontere eller svekke denne. Det er ikke sannsynlig at medarbeidere med en religiøs lederrolle uten videre kan utføre disse tjenestene, men samtidig hersker det stor enighet om at rekrutteringen til tjenestene må utvikles i retning av større mangfold når det gjelder livssynsmessig og annen bakgrunn (se Grung & Bråthen, 2019; Stifoss-Hanssen et al., 2019, s. 67).

Enten-eller?

Disse to ulike måtene å begrunne prestetjenesten i offentlige helseinstitusjoner på er åpenbart ikke fullstendige motsetninger. Den enkle forklaringen på det er til en viss grad at livet i de store institusjonene er et konglomerat av menneskelige interaksjoner, tverrfaglig preget samarbeid mellom yrkesgrupper og arbeidstakere med ulike personlige egenskaper. OUS lister opp 28 ulike yrkesgrupper, hvorav minst 10–12 deltar i pasientomsorg; en av disse er sykehuspresten. Det er ikke rimelig å se for seg at en tydelig livssynsmessig profil vil bli umiddelbart synlig i en hektisk hverdag.

Og selv om sykehusprestene nå i hovedsak lener seg til en helsefaglig begrunnelse, så har de fleste et element av kirkelig eller kristen representasjon i deres praksis, for eksempel ritualer med religiøst innhold eller innslag, og en viss grad av uniformering. Noen holder også gudstjenester eller andakter, men dette er av ulike grunner i tilbakegang, og noe preges også av et kulturelt-generisk innhold.

På den andre siden er det neppe grunn til å tvile på at en representende tjeneste også kan bidra til eksistensiell trøst i en krise. NOU 2013: 1 legger også vekt på at personer som utfører livssynsbetjening i sykehus, må ha en viss spesialkompetanse for dette – utfordringen kan være at den helsefaglige forståelsen kommer i bakgrunnen for det å representere et livssyn eller en religion, og at tjenesten forankres utenfor sykehusets kjernevirksomhet. En livssynsfunksjonær som besøker sine medlemmer i sykehuset, vil framstå som ekstern, som en gjest i systemet hen er utenfor. Mens åndelig og eksistensiell omsorg etter sitt vesen må og skal være integrert.

Kompetanseoppbygging – en viktig faktor for sykehuspresttjenesten

I den beskrevne utviklingen av sykehuspresttjeneste (chaplaincy) fra religiøs/livssynsmessig betjening mot åndelig og eksistensiell omsorg i Norge og andre land (Stifoss-Hanssen et al., 2019) har det funnet sted en parallell utvikling av kunnskaper og kompetanse i tjenesten. Dette har skjedd i flere formater, men det er særlig kjennetegnet av deltakelse i forskningsprosjekter, forskningsgrupper og gjennomføring av ph.d.-prosjekter. En slik kompetanseutvikling kan forstås som parallell til kompetanseutviklingen i helseprofesjonene, mot det som ofte kalles evidensbasert praksis. Det er rimelig å tenke at kunnskapsutviklingen i sin form har blitt påvirket av tilsvarende prosesser i de yrkesgruppene prestene samarbeider med; samtidig kan det spores en påvirkning i den andre retningen, ved at de helsefaglige miljøene har tatt opp i seg og anerkjent forskning og annen kunnskap som er utviklet av sykehusprestene og fagmiljøene. I praksis har mye av denne fagutviklingen skjedd under overskriften religionspsykologi (ev. klinisk religionspsykologi), samtidig som den har vært tett integrert i praktisk teologi, både sjelesorg og annen praktisk teologi. På mange måter har religionspsykologien i denne varianten framstått som en empirisk og anvendt gren av sjelesorgfaget. Dette går fram av hvordan forskningsprosjekter, publikasjoner, stillingsstruktur osv. er utformet. Eksempler på dette er fagmiljøets publisering av *Religionspsykologi* (Danbolt et al., 2014 og publikasjonene i forlengelsen av Sjelesorgsymposiene (f.eks. Danbolt et al., 2021; Grung et al., 2016). Flere av disse tar også mål av seg til å bidra til samtalen om praktisk teologi på et prinsipielt nivå (f.eks. Stifoss-Hanssen et al., 2019). Fagmiljøet omfatter også mange internasjonale kontakter og omfattende samhandling med disse. Et annet eksempel fra 2022 er antologien *Ta vare. En bok om diakoni, sjelesorg og eksistensiell helse – festskrift til Hans Stifoss-Hanssen* (Danbolt & Austad, 2022). Den har 23 ulike kapitler fra fagfeltet, av 31 ulike forfattere, derav 13 internasjonale.

Et tyngdepunkt i denne kompetanseutviklingen er de ph.d.-prosjektene som er i gang eller som er fullført, og som handler om og bearbeider materiale fra åndelig og eksistensiell omsorg i helseinstitusjoner. Et flertall av disse er gjennomført av sykehusprester, noen også av andre fra samme fagmiljø, for eksempel psykologer og sykepleiere. I perioden etter 1995 dreier dette seg om mer enn 20 ph.d.-prosjekter med temaer fra arbeid med somatisk og mental helse, med personer med demens, og med andre kognitive

svekkelser (se Stifoss-Hanssen et al., 2019, s. 67). Det siste eksemplet høsten 2022 er sykehusprest Ingebrigt Røen ved St. Olavs hospital, som disputerte ved NTNU 18. oktober med en avhandling om de pårørendes rolle i palliativ behandling. Dette fagmiljøet har også frambrakt omfattende forskning om bruken av ritualer ved katastrofer og ulykker som berører den praktiske teologien mer omfattende, med virkning for liturgikken. Også disse prosjektene er frambrakt i kommunikasjon med lignende prosjekter i andre land (Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2021a og b). Det er all grunn til å tro at denne kompetanseoppbyggingen har bidratt til å styrke prestetjenestens posisjon som aktør og samarbeidspartner i helsetjenestene, samtidig som den har bidratt til å løse noen svært utfordrende oppgaver i helsetjenestene i en tid da disse tjenestene har stadig mindre tid til omsorgsoppgaver.

Sykehus eller kommune?

Ved samtalen om åndelig og eksistensiell omsorg er det viktig å huske at helsetjenestene i Norge er i endring, og at et ganske betydelig volum av helsetjenester allerede er overført til kommunene, og dette vil øke. Stadig flere pasienter med stadig mer krevende tilstander kommer til kommunene, til sykehjem og hjemmesykepleien. Dette er allerede merkbart i sykehusene og dermed for sykehusprestene – liggetiden er kortere, pasientene er relativt syke under innleggelsen, det er færre pasienter i helgene. Gudstjeneste på sykehuset i helgen er mindre aktuelt, og den fasen i sykdomsforløpet der pasientene ville være i stand til å samtale eller delta i en aktivitet, er forskjøvet til etter utskrivelsen – altså til kommunen. Kanskje til et sykehjem. Det betyr neppe at sykehusprestene og andre som arbeider psykososialt i sykehusene blir arbeidsledige, men at de må arbeide annerledes. Men for kommunene betyr dette at behovet for åndelig og eksistensiell omsorg i et kriseperspektiv har økt, og vil fortsette å øke. Om kommunehelsetjenesten skal stille opp med noe som tilsvarer sykehuspresttjenesten, må det i stor grad komme fra lokalsamfunnet, menighetene, fra prester og diakoner, og fra frivillige. Bruken av frivillige er ikke minst vektlagt som en viktig faktor i denne utviklingen («samhandlingsreformen»). I sammenhengen med denne artikkelens drøfting av hva som begrunner det vi tradisjonelt beskriver som sykehussjelesorgen, kan imidlertid det viktigste å understreke være at en diakonal forståelse av menighetens omsorg må bli tydelig – altså at omsorgen rettes mot å bidra til å lindre all eksistensiell smerte, å bidra i lokalsamfunnet. Dette blir ekstra tydelig hvis vi husker at store deler av den

omsorgsbyrden som overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, består av omsorg for alvorlig syke og døende, altså palliativ omsorg.

Den ordinerte tjenesten på offentlig institusjon?

Hva sier dette resonnementet om den ordinerte tjenesten på offentlig institusjon – altså om sykehuspresttjenesten, eller det som vi i stigende grad beskriver som chaplaincy? Det er lite av argumentet som er forankret i det faktum at tjenesten i stor grad utføres av ordinerte personer fra Den norske kirke. Men det er heller ikke noe av det tjenesten slik består av, som står i spenningsforhold til ordinasjonen. Det prestene, sammen med andre i tjenesten utfører, er for dem i sin kjerne diakoni. Det er lite ved oppgavene som tilsier at de nødvendigvis må utføres av ordinerte personer, de kunne gjøres av mennesker med den nødvendige relevante kompetansen og erfaringen. Det er i og for seg et pragmatisk forhold at prestene har den plattformen som de har: en årelang praksis fra mange krevende og varierte oppgaver i institusjonene, som i stor grad har innarbeidet denne funksjonen. Men plattformen omfatter også en sammensatt utdanning som kan gi viktig modning og impulser til arbeid med livssyn og med mennesker, og ikke minst folkekirkeprestenes omfattende erfaring med overgangsritualer, særlig begravelser og sorgarbeid i forbindelse med begravelser. Dette er for sykehusprestenes vedkommende supplert med spesialutdanning, særlig pastoralklinisk utdanning, veiledningspraksiser og et fagutviklende kollegialt fagmiljø.

I forlengelsen av dette kommer så den fagutviklingen i form av vitenskapelig aktivitet som jeg har beskrevet ovenfor. Dette gir sykehusprestene en plattform for å spille en sentral rolle i helseinstitusjoner når det gjelder å bidra inn i det tverrfaglige arbeidet med åndelig og eksistensiell omsorg. I denne sammenhengen betyr ordinasjonen, om noe, en markering av seriositet og dedikasjon til yrket, og der hvor det er aktuelt, en mulighet til å tre inn i den ordinerte rollen ved behov. Dette gjelder for eksempel bruk av ritualer ved fødsel og død i sykehuset, men også der noen enheter ønsker at det skal forekomme praksiser med kristne religiøse innslag.

Referanser

- Berthelsen, E. & Stifoss-Hanssen, H. (2014). Eksistensielle samtaler og religiøs betjening i helseinstitusjoner. I L. J. Danbolt, L. G. Engedal, K. Hestad, L. Lien & H. Stifoss-Hanssen (Red.), *Religionspsykologi* (s. 383–387). Gyldendal Akademisk.
- Danbolt, L. J. & Austad, A. (Red.). (2022). *Ta vare. En bok om diakoni, sjelesorg og eksistensiell helse – festskrift til Hans Stifoss-Hanssen*. VID vitenskapelige høyskole, open access.
- Danbolt, L. J., Engedal, L. G., Hestad, K., Lien, L. & Stifoss-Hanssen, H. (Red.). (2014). *Religionspsykologi*. Gyldendal Akademisk.
- Danbolt, L. J. & Stifoss-Hanssen, H. (2020). Health care chaplaincy in the Nordic countries. Transformations and perspectives. I E. A. Zeder, P.-Y. Brandt & J. Besson (Red.), *Clinique du sens* (s. 35–46). Éditions des archives contemporaines. <https://doi.org/10.17184/eac.3272>
- Danbolt, L. J. & Stifoss-Hanssen, H. (2021a). Ritualizing after the terror attacks in Norway on 22 July 2011. I M. Hoondert, P. Post, M. Klomp & M. Barnard (Red.), *Handbook of disaster ritual. Multidisciplinary perspectives, cases and themes* (s. 297–312). Peeters.
- Danbolt, L. J. & Stifoss-Hanssen, H. (2021b). Ritualizing the Covid-19 pandemic. Can a ritual be digital? A reflection on digital public events in Norway during the Covid-19 pandemic from the viewpoint of ritual studies. I M. Hoondert, P. Post, M. Klomp & M. Barnard (Red.), *Handbook of disaster ritual. Multidisciplinary perspectives, cases and themes* (s. 528–531). Peeters.
- Danbolt, L. J., Zock, H., Austad, A., Grung, A. H. & Stifoss-Hanssen, H. (2021). Existential care in a modern society: Pastoral care consultations in local communities in Norway. *International Journal of Practical Theology*, 25(1), 20–39. <https://doi.org/10.1515/ijpt-2020-0027>
- DeMarinis, V. (2003). *Pastoral care, existential health, and existential epidemiology: A Swedish postmodern case study*. Verbum.
- Diakonhjemmet høyskole. (2013). Høringsuttalelse fra Diakonhjemmet høyskole NOU 2013: 1 (30.8.2013). https://www.regjeringen.no/contentassets/3810c6ald2eb412485319c1dfbf00e4/286-diaconhjemmet-hogskole.pdf?uid=Diakonhjemmet_H%C3%B8gskole
- Grung, A. H. & Bråten, B. (2019). Chaplaincy and religious plurality in the Norwegian context. *Tidsskrift for praktisk teologi* 36(2), 71–80. <https://doi.org/10.48626/tpt.v36i2.5356>
- Grung, A. H., Danbolt, L. J. & Stifoss-Hanssen, H. (2016). Sjelesorg på plass. *Tidsskrift for praktisk teologi*, 33(1), 28–43. <https://doi.org/10.48626/tpt.v33i1.5188>
- Henriksen, J. O. (2019). *Christianity as distinct practices: a complicated relationship*. T&T Clarke.
- Kirkerådet. (2020). *Plan for diakoni*. https://kirken.no/globalassets/kirken.no/om-kirken/samfunnsansvar/diakoni/plan-for-diaconi_rev2020.pdf
- Marvik, J. A. H. (2021). Ønsker uavhengig muslimsk samtalepartner. <https://www.vl.no/religion/2021/01/22/reagerer-pa-sjukehus-krav-onskjer-uavhengig-muslimsk-samtalepartner/>
- McGuire, M. B. (2008). *Lived religion: Faith and practice in everyday life*. Oxford University Press.
- NOU 2013: 1. (2013). *Det livssyns åpne samfunn. En helhetlig tros- og livssyns politikk*. Kulturdepartementet.
- Oslo universitetssykehus. (2020). Åndelige og eksistensielle behov hos pasienter og pårørende. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/134012#23>
- Stifoss-Hanssen, H. (1998a). Åndelig omsorg. I S. Kaasa, *Palliativ behandling og pleie. Nordisk lærebok* (s. 83–94). Ad Notam Gyldendal.
- Stifoss-Hanssen, H. (1998b). Ritualer ved dødsfall. I S. Kaasa, *Palliativ behandling og pleie. Nordisk lærebok* (s. 153–162). Ad Notam Gyldendal.
- Stifoss-Hanssen, H., Danbolt, L. J. & Frøkedal, H. (2019). Chaplaincy in Northern Europe – an overview from Norway. *Tidsskrift for praktisk teologi*, 36(2), 60–70. <https://doi.org/10.48626/tpt.v36i2.5355>

- Stifoss-Hanssen, H., Grung, A. H., Austad, A. & Danbolt, L. J. (2019). Sjelesorg i bevegelse. Kerygmatiske, konfidentorienterte, dialogiske sjelesorg – møte mellom teoretiske posisjoner og et empirisk materiale. *Tidsskrift for sjelesorg*, 39(1), 75–95.
- Stifoss-Hanssen, H. & Kallenberg, K. (1998). *Livssyn og helse – teoretiske og kliniske perspektiver*. Ad Notam Gyldendal.
- Stålsett, S. (2021). *Det livssyns åpne samfunn*. Cappelen Damm Akademisk.
- Swift, C. (2018). *Hospital Chaplaincy in the Twenty-first Century. The Crisis of Spiritual Care on the NHS*. Routledge.
- Tidsskrift for praktisk teologi*. (2019). Temanummer/Special edition Chaplaincy, 36(2).