



Samarbeidsrådet for
tros- og livssynssamfunn

Oslo



MINOTENK
Minoritetspolitisk tenketank

Likeverdige helsetjenester: Møtet med muslimske pasienter og pårørende

Et temahefte av Minotenk og STL Oslo



Innhold:

Forord – Mobin Anwar	4.
Hvorfor dette temaheftet? – Linda Noor og Birgit van der Lans	6.
Barrierer for likeverdig behandling	
Likeverd som grunnprinsipp – Magnus Løberg, Hana Omed, Mohammed Almashhadani	8.
Rasisme er et helseproblem – Umar Ashraf	10.
En leges erfaringer med rasisme i pasientmøter – Mariam Anjum	13.
Muslimere i Norge	
Hvem er muslimere i Norge? – Zamran Ahmad Butt	14.
Hva er muslimfiendtlighet? – Daniel Ansari	15.
Åndelig og eksistensiell omsorg i et likeverdig helsetilbud	
Hva er åndelig og eksistensiell omsorg? – Birgitte Lerheim	16.
Åndelig omsorg i møte med muslimske pasienter – Faruk Terzic	18.
Å besøke syke i islam – Faruk Terzic	19.
Perspektiver	
Intervju med Almas Ali	20.
Intervju med Suban Yusuf Mohamood	23.
Når foreldrene blir gamle: familieomsorg i muslimske miljøer – Mobin Anwar	24.
Holdningsarbeid og caseoppgaver	
Hvordan gjenkjenne og håndtere egne og andres holdninger? – Tony Sandset	27.
Caseoppgaver	28.
Ordlister	40.



Forord: et møte med helsevesenet

Det var en vårdag i april 2015. Solen skinte, og jeg var på vei til universitetet for å lese til eksamen. Plutselig ringer mobilen: «Mobin, du må komme hjem. Pappa er dårlig.» Da jeg kom hjem, stod ambulansen ved oppgangen. Jeg tenkte umiddelbart: «Pappa er vel ikke så dårlig?» I neste sekund var ambulanspersonalet allerede på vei ut med ham. «Jeg blir med», sa jeg. På sykehuset var beskjeden fra legene klar og tydelig: «Dere må belage dere på flere innleggelser i tiden fremover.» Og de fikk rett – mellom 2015 og 2019 hadde pappa over 100 innleggelser.

I denne perioden tilbrakte jeg mange timer i sykehusets korridorer, samtalerom og venterom – som sønn, pappas bestevenn og pårørende. Som en som ville forstå, støtte og være der – hele veien.

Jeg fikk oppleve helsevesenet fra innsiden – gjennom pårønderollen. Jeg lærte hvor viktig det er å bli sett, hørt og møtt med respekt, både som pasient og som pårørende. Samtidig kjente jeg på hvordan det kan oppleves når kultur, språk og tro ikke alltid blir forstått eller tatt hensyn til.

Å være pårørende er krevende, uansett hvem man er. Men når man i tillegg til sykdom skal navigere i et system som ikke alltid kjenner ens tradisjoner, verdier eller trospraksis, kan det føles ekstra sårbart. Ønsker om bønn, matrestriksjoner, kjønns sensitivitet i behandling, eller behov knyttet til sorg – dette er ikke detaljer, men dypt meningsfulle elementer i menneskers liv.

Dette heftet har blitt til nettopp derfor – av et ønske om å bidra til et mer kunnskapsbasert og inkluderende helsevesen. Et helsevesen der muslimer og andre minoriteter møtes med forståelse, åpenhet og respekt.

Heftet er laget for deg som jobber i helsevesenet – for å gi innsikt, refleksjon og praktiske råd.

Den skal ikke gi fasitsvar, men være en døråpner for dialog og bedre samhandling.

Som prosjektleder er jeg stolt og takknemlig for å kunne løfte dette viktige temaet frem. Jeg håper dette heftet kan være et lite steg i retning av et helsevesen som ser hele mennesket – også det som ikke alltid sies høyt, men som betyr alt.

Mobin Anwar
Prosjektleder



Hvorfor dette temaheftet?

STL Oslo og Minotenk er opptatt av at alle mennesker – uavhengig av tro, livssyn eller bakgrunn – skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester.

Å ivareta åndelige og eksistensielle behov i helse- og omsorgstjenestene handler om mer enn medisinsk behandling. Det kan dreie seg om mulighet for å utøve tro eller livssyn, tilrettelegging for ulike kosthold, tilgang på samtalepartnere, eller ganske enkelt å bli møtt med grunnleggende respekt. Dette forutsetter både tilrettelegging, kompetanse og gode holdninger hos helsepersonell.

Med dette heftet ønsker vi å bidra til økt bevissthet, kunnskap og refleksjon. Gjennom faglige bidrag, erfaringer og spørsmål til ettertanke ønsker vi å støtte helsepersonell i å møte pasienter og pårørende på en likeverdig måte.

Minotenk er en politisk uavhengig tankesmie etablert i 2010 som jobber for å fremme mangfold, likestilling og inkludering og synliggjøre årsaker og konsekvenser knyttet til utenforskap, diskriminering, rasisme og ekstremisme.

Minotenk har lang erfaring med å utvikle ressurser og bøker om krysskulturell tematikk for sivilsamfunnet, førstelinjetjenesten, myndigheter, forskere, medier og andre aktører.

Vårt virke er verdimessig forankret i FNs menneskerettigheter.

STL Oslo samler 40 tros- og livssynssamfunn i Oslo til dialog og samarbeid for likebehandling. Vi arbeider for et livssynsåpent samfunn, der religion og livssyn anerkjennes som sentrale deler av menneskelivet – uten at noen skal oppleve diskriminering eller rasisme.

STL Oslo og Minotenk jobber for å fremme et samfunn der offentlige institusjoner og tjenester har kunnskap om hvordan de kan møte mennesker med ulike former for tro og livssyn, og hvordan de kan tilpasse sine tilbud til et mangfold av behov.

Behovet for dette er særlig stort når man er pasient eller pårørende – i en situasjon som ofte er både sårbar og preget av avhengighet. Forskning viser dessverre at manglende kompetanse, fordommer og negative holdninger fremdeles skaper barrierer i møte mellom helsevesen og minoriteter. Dette gjelder særlig muslimer, som både utgjør en stor minoritet i Norge og ofte møter stereotype forestillinger i samfunnet for øvrig.

Dette heftet tar derfor utgangspunkt i muslimske pasienters og pårørendes erfaringer og behov. Samtidig vil mye av innholdet være relevant også for andre minoriteter. Vår hensikt er å bidra til bedre forståelse, mindre usikkerhet og et mer likeverdig helsetilbud for alle.

Med dette heftet ønsker vi å bidra til økt bevissthet, kunnskap og refleksjon

Linda Noor
Daglig leder
Minotenk



Birgit van der Lans
Daglig leder
STL Oslo

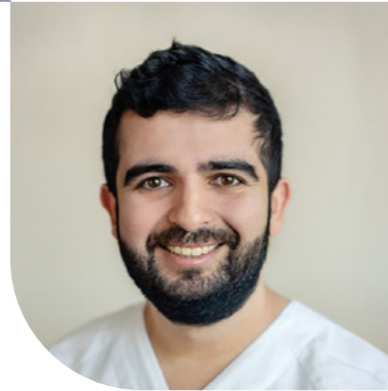




Hana Omed
Medisinstudent*



Magnus Løberg
Studiedekan*



Mohammed Almashhadani
Medisinstudent*

Likeverd som grunnprinsipp.

Et inkluderende helsevesen er et felles ansvar

Likeverd som grunnprinsipp

Det norske helsevesenet skal tilby likeverdige tjenester til alle, uavhengig av bakgrunn, religion eller hudfarge. Likevel rapporterer pasienter og pårørende – særlig fra minoritetsmiljøer og muslimske miljøer – om rasisme, diskriminering og manglende kulturell forståelse som skaper mistillit og utrygghet. Dette viser at det er behov for økt kompetanse og bevissthet hos helsepersonell.

Rasisme og diskriminering er ikke bare sosiale utfordringer, men folkehelseproblemer med dokumentert negativ innvirkning på helse gjennom hele livsløpet. For mange kan møtet med et helsevesen som oppleves fremmed og ekskluderende, bidra like mye til sykdomsbyrden som sykdommen i seg selv.

Når pasienter føler seg respektert, øker sjansen for tidlig helsehjelp

Når pasienter opplever diskriminering

Erfaringer med diskriminering – enkeltstående hendelser og gjentatte episoder – er forbundet med økt risiko for psykiske plager, stressrelaterede sykdommer, hjerte- og karsykdommer og redusert livskvalitet. I helsevesenet kan dette føre til redusert tillit til helsepersonell og systemet, mindre tilbøyelighet til å oppsøke helsehjelp, lavere etterlevelse av medisinske råd og svekket kvalitet på både behandling og kommunikasjon.

Når pasienter føler seg respektert og forstått, øker sjansen for tidlig helsehjelp, riktig diagnose og god behandlingseffekt. Respekt handler ikke bare om medisinske beslutninger, men også om hvordan vi møter kulturelle uttrykk for sykdom og omsorg. For noen pasienter gir samvær med storfamilien trygghet, mens dette kan utfordre oppfatningen av ro og orden i helsevesenet. I slike situasjoner er reaksjonsmønstre fra helsepersonell avgjørende. Møter vi situasjonen med irritasjon eller avvisende blikk, kan det oppleves som mikroagresjoner som forsterker pasientens følelse av utenforskap. Møter vi den med dialog og tilrettelegging innenfor rammene vi har, kan vi bygge tillit og fremme opplevelsen av likeverdig behandling.

Hvordan rasisme rammer helsepersonell og studenter

Også studenter og helsepersonell med minoritetsbakgrunn møter diskriminering – ikke bare fra pasienter, men også fra kollegaer, ledere og undervisere. Dette kan være

- nedsettende kommentarer eller bruk av rasistiske uttrykk
- pasienter som nekter behandling fra helsepersonell med minoritetsbakgrunn
- mindre tillit fra undervisere, basert på hudfarge, hijab eller aksent
- færre muligheter til å ta ansvar eller komme inn i prestisjefylte spesialiseringer
- segregering av studiemiljøet og sosial ekskludering under studiet

Slike mønstre bryter gradvis ned trygghet og tilhørighet. Resultatet kan være et lærings- og arbeidsmiljø preget av utrygghet og stress, og for noen at de slutter på studiet eller i yrket. På systemnivå betyr det at helsevesenet mister verdifull kompetanse – og pasientene mister helsepersonell som kunne bidratt med nødvendige perspektiver og erfaringer.

Utdanningens rolle

For å redusere rasisme og diskriminering i helsevesenet må arbeidet starte i utdanningene. Medisinske fakulteter og helseutdanninger har et ansvar for å

- systematisk kartlegge forekomsten av rasisme og diskriminering blant studenter og ansatte
- bygge tillit slik at varsling om rasistiske hendelser blir enklere, og sikre at varsler tas på alvor
- integrere kunnskap om rasisme som helsedeterminant i utdanningenes læringsmål
- trene studenter og ansatte på kultursensitive møter både i undervisning og i klinikk
- forankre arbeidet i etiske retningslinjer og internasjonale erklæringer, som Verdens legeforenings fordømmelse av rasisme som folkehelsestrussel

Kultursensitivitet er ikke medfødt, men en kompetanse som må læres og trenes. Den er avgjørende for å hindre mikroagresjon og strukturell diskriminering. Norsk medisinstudentforening har allerede vedtatt en resolusjon mot rasisme i medisinsk utdanning – et tydelig signal om at endring er nødvendig, og at den må komme nå.

Et inkluderende helsevesen – et felles ansvar

Vi kan ikke ignorere hvordan rasisme og diskriminering bidrar til ulikheter i helse og et dårligere studie- og arbeidsmiljø. Fremtidens helsevesen trenger helsepersonell med mangfoldige perspektiver og erfaringer og kulturell innsikt. Utdanningen må sikre et trygt og inkluderende læringsmiljø hvor respekt og rettferdighet er grunnleggende verdier.

Et helsevesen uten rasisme og diskriminering er ikke bare et ideal – det er en forutsetning for kvalitet, tillit, pasientsikkerhet og folkehelse. Det forutsetter en utdanning som setter likeverd, rettferdighet og respekt i sentrum.

*Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo



Rasisme er et helseproblem



Umar Ashraf
Daglig leder,
Antirasistisk Senter

Kampen mot rasisme og diskriminering er ikke bare et spørsmål om moral eller holdninger – det er et spørsmål om makt, tilgang og helse. Når vi snakker om rasisme i helsesektoren, må vi snakke om mer enn ubehagelige møter eller stygge kommentarer. Vi må snakke om systematisk forskjellsbehandling, svekket tillit og helseskader som følge av institusjonell svikt.

Det finnes mange måter å forstå og definere rasisme på. Den mest grunnleggende er likevel denne: Rasisme oppstår når mennesker behandles dårligere på grunn av hudfarge, etnisitet, opprinnelse eller religion – og når disse forskjellene gjentas og forsterkes gjennom samfunnets strukturer.

I helsesammenheng viser dette seg på flere nivåer. På et individuelt plan handler det om pasienter som ikke blir trodd, som er mottakere av dårligere kommunikasjon, eller som tolkes gjennom stereotype forestillinger. Mange melder om å ha blitt avvist, overkjørt eller eksotifisert i møte med helsepersonell. Små situasjoner som isolert sett kan virke bagatellmessige, men som samlet danner et mønster av forskjellsbehandling. Dette er et resultat av det som skjer på systemnivå. For det systematiske problemet blir reelt når tolketjenester er utilgjengelige eller tilfeldige. Når digital tilgang og språkkompetanse tas for gitt i møte med pasienter. Når utdanningene i helseprofesjonene ikke gir verktøy til å forstå hvordan rasisme virker inn på helse, eller hvordan kultur og erfaring former symptom bildet. Når klagesystemene ikke fanger opp diskriminering, og når ledelsen ikke tar ansvar for å skape et trygt arbeidsmiljø for ansatte med minoritetsbakgrunn. Da snakker vi om strukturell rasisme. Ikke fordi den er synlig i hvert møte, men fordi den ligger innbakt i praksis, normer og fravær av tiltak.

Eksemplene er mange og godt dokumentert: Pasienter med minoritetsbakgrunn som får sykdommer tidligere, men diagnoser mye senere. Melaninrike kvinner som ikke får informasjon om smertelindring under fødsel. Minoritetsmenn som møtes med fordommer om å være «hands-off»-fedre på helsestasjonene. Helsepersonell med minoritetsbakgrunn som ikke anerkjennes for sin kompetanse, men møtes med mistenksomhet og lavere forventninger fra pasienter.

Konsekvensene er dypt alvorlige. Ulik tilgang til helsehjelp gir ulik overlevelse. Mistillit til systemet fører til at mennesker ikke søker hjelp i tide. Diskriminering skaper psykisk stress og lavere livskvalitet. For ansatte betyr det utbrenthet, lavere jobbtillfredshet og høyere frafall. For samfunnet betyr det at velferdsstatens legitimitet svekkes, og at helsevesenet ikke lenger fungerer som et fellesgode for alle.

Å forebygge rasisme i helsevesenet handler ikke først og fremst om å «bevisstgjøre» enkeltpersoner. Det handler om ledelse, ansvar og endring. Det handler om å bygge strukturer som tåler mangfold, og som faktisk leverer likeverdig hjelp. Det betyr bedre tolkebruk. Det betyr kunnskap om hvordan rasisme påvirker helseutfall. Det betyr å utvikle rutiner, retningslinjer og kompetanseheving som går utover det symbolske.

Helsehjelp skal ikke være avhengig av hudfarge, morsmål eller hvor lenge du har bodd i Norge. Hvis vi mener alvor med likeverd, må det gjelde i praksis. Rasisme og diskriminering må erkjennes som et folkehelseproblem og behandles som det.

«Det er synd du er muslim, for jeg likte deg veldig godt»



Mariam Anjum
Lege og forsker

En leges erfaring med rasisme i pasientmøter

Jeg hadde brukt tid med henne, lyttet, bygget tillit og behandlet henne. Alt det vi forsøker å gjøre i et godt pasientmøte. Likevel ble jeg redusert til en del av identiteten min som hun syntes var «synd». Det var sikkert ikke vondt ment, og jeg lo det vekk. Men det traff likevel. Slike erfaringer fester seg.

Dette var ikke en unik hendelse. Snarere et eksempel på hvordan rasisme i helsesituasjoner ofte kommer til uttrykk, ikke alltid eksplisitt, men like fullt nedbrytende. Det kommer i små stikk – kommentarer, blikk eller spørsmål som ville blitt sett på som absurde om de var rettet mot en hvit kollega. Opplevelser som dette gjør at mange med minoritetsbakgrunn føler at de hele tiden må jobbe hardere for å oppnå samme respekt, eller at de må «motbevise» fordommer gjennom å prestere mer enn andre.

Slike opplevelser snakkes det lite om. Kanskje fordi de som rammes, lærer å tåle dem. Kanskje fordi det ikke finnes god etablert praksis for å løfte det videre. Kanskje fordi det i en travel sykehushverdag rett og slett ikke er tid. Jeg har selv vært heldig, for jeg opplever å jobbe i et miljø der slike erfaringer tas på alvor. Jeg har kollegaer som har advart meg om at pasienten på rom X er en rasist, og gitt meg beskjed om at jeg skal slippe å være behandler for hen. Jeg har vært vitne til at en mer erfaren lege sa strengt ifra til en pasient at det er uakseptabelt å være ufin mot kollegaen vår grunnet hodeplagget hennes. Kollegaer og ledere som bryr seg om rasisme, er med på å gjøre opplevelsen bedre for den som blir utsatt for det.

Men jeg vet også at det ikke er en selvfølge. Jeg har hørt historier om det motsatte. Om leger og helsepersonell som forsøker å si ifra etter å ha opplevd rasistiske kommentarer fra pasienter eller kollegaer, men som ikke blir møtt med støtte.

Ingen samtale. Ingen oppfølging. Bare stillhet – eller en beskjed om å ignorere det, for pasienten er intoksikert. I en sektor som ellers er svært opptatt av HMS og trygghet, er det som om rasisme glipper gjennom systemet.

Når vi snakker om helsevesenet, må vi også snakke om trygghet og hva som fremmer et godt arbeidsmiljø. Når folk utsettes for ubehagelige pasientmøter, må det være mulig å si ifra. Det må oppleves som enkelt. Da må det også foreligge en tydelig forventning og føring fra øverste ledelse om at slike hendelser skal håndteres i en angitt rutine.

Rasisme i helsesektoren er ikke bare et spørsmål om holdninger blant pasientene. Det handler også om den stilltiende rollen mange av oss i pasientkontakt tar på oss, nettopp fordi vi vet at pasientene vi møter, ofte er i livssituasjoner preget av smerte, frykt og sårbarhet. Vi bærer derfor på mange erfaringer uten å si ifra. Det tror jeg så å si alle i helsesektoren kan kjenne seg igjen i. At vi ofte ignorerer klanderverdig, ufin, respektløs eller rasistisk atferd. Ikke fordi det ikke påvirker oss, men fordi vi ikke ønsker å påføre pasienten mer belastning. Vi setter pasienten først, slik vi skal gjøre. Men i denne profesjonelle tilbakeholdenheten blir det også tydelig hvem som bærer kostnaden. Derfor handler dette om arbeidsmiljø og ansvar. Mangfold i helsesektoren må følges av et system som faktisk ivaretar dem som står i førstelinjen, ikke bare ved aggresjon, vold eller alvorlige hendelser, men også når pasientmøtene innebærer rasisme.

Vi trenger mer åpenhet om dette. Ikke bare for å beskytte helsepersonell med minoritetsbakgrunn, men for å styrke hele tjenesten. For tillit er gjensidig. Og for at vi skal kunne gi trygghet til pasientene våre, må vi også kjenne oss trygge selv – i vår rolle, i vår kompetanse og i vår verdi som hele mennesker.

Hvem er muslimer i Norge?

Zamran Ahmad Butt
Leder, Demokratiwerkstedet på Utøya



Muslimer er en integrert del av det norske samfunnet. Du finner dem i alle deler av arbeids- og samfunnslivet som lærere, helsearbeidere, advokater, bussjåfører, ingeniører, studenter og pensjonister. Samtidig er muslimer en svært mangfoldig gruppe, med ulik etnisk, språklig og kulturell bakgrunn. Det anslås at de i dag utgjør mellom fire og seks prosent av befolkningen i Norge.

Historisk kom mange som arbeidsinnvandrere på 1970-tallet, hovedsakelig fra Pakistan, Tyrkia og Marokko. Senere har flyktninger og familiegjennforente kommet fra blant annet Bosnia-Hercegovina, Somalia, Irak, Syria og Afghanistan. I dag er mange muslimer født i Norge – både som barn av innvandrere og som konvertitter. En «muslimsk pasient» kan derfor være en nyankommen flyktning, eller en lokal medborger som snakker dialekt fra Alta, Bærum eller Kristiansand.

Selv om majoriteten bor på Østlandet, finnes det muslimer i alle landets fylker, og det er sannsynligvis en moské ikke langt unna der du bor. Ifølge Statistisk sentralbyrå (2025) er nesten 200 000 personer registrert som medlemmer i muslimske trossamfunn, og det finnes over 200 slike samfunn i Norge. De fleste muslimer i Norge har dermed en formell tilknytning til religionen, men hvordan troen praktiseres, varierer.

Islam legger stor vekt på individets ansvar for religiøs praksis. For mange er islam en sentral del av hverdagen, der troen vever seg inn i små og store handlinger – fra man står opp til man legger seg, gjennom handlinger

som å hilse med fred, arbeide samvittighetsfullt, eller lese en kort bønn før man går ut. Religionen forstås ofte som en livsstil som omfatter både forholdet til Gud og til mennesker, og som søker balanse mellom det åndelige og det praktiske i hverdagen. Samtidig varierer graden av religiøs praksis betydelig, både personlig og kulturelt. For noen er troen tett knyttet til daglige ritualer som bønn og faste, og rammer for kosthold og samhandling mellom kjønn. For andre handler det først og fremst om kultur, identitet og fellesskap. Det viser at muslimer ikke er en homogen gruppe.

Muslimer i Norge vokser ofte opp med både majoritetskultur og minoritetsidentitet og navigerer daglig mellom disse. De lærer norske normer, språk og verdier gjennom skole og arbeidsliv, samtidig som de bærer med seg sin religiøse livsstil. Et eksempel er at mange tilpasser arbeidstiden sin for å kunne delta i fredagsbønn, bærer hijab eller benytter fleksible ordninger for å praktisere troen i hverdagen. Deres unike erfaring former en særegen norsk-muslimsk identitet, kjennetegnet av evnen til å forstå og bygge bro mellom ulike kulturer og verdier i møte med majoritetssamfunnet.

Derfor finnes det ingen universelle regler for hvordan man bør møte muslimer i helsevesenet. En pasient med bakgrunn fra Afghanistan kan ha helt andre tradisjonelle praksiser enn en fra Palestina eller Gambia. Selv innen samme familie kan det være store forskjeller, noe som understreker viktigheten av å møte hver pasient med åpenhet og nysgjerrighet.

Hva er muslimfiendtlighet?



Daniel Ansari
Formidler og DEMBRA-veileder,
Senter for studier av Holocaust
og Livssynsminoriteter

Muslimfiendtlighet handler om negative holdninger til og handlinger mot muslimer – eller personer som blir oppfattet som muslimer. Forsker Cora Alexa Døving ved HL-senteret definerer fenomenet slik:

«Muslimfiendtlighet er utbredte negative fordommer, uriktige eller sterkt overdrevne negative påstander om muslimer, og handlinger og praksiser som angriper, ekskluderer eller diskriminerer mennesker på bakgrunn av at de er eller antas å være muslimer»

Internasjonalt brukes begrepet islamofobi for å beskrive frykt, fordommer og fiendtlighet rettet mot islam og muslimer.

Hvor utbredt er muslimfiendtlighet i Norge?

Muslimfiendtlighet er et globalt fenomen. Også i Norge viser gjentatte undersøkelser at muslimer er blant de mest utsatte minoritetene. Diskriminering av muslimer i Norge er godt dokumentert – i arbeidslivet, på boligmarkedet, i helsevesenet og i andre sentrale samfunnsarenaer. En holdningsundersøkelse fra HL-senteret i 2024 viser at muslimfiendtlighet er svært utbredt i Norge, hvor hele 31 prosent av befolkningen uttrykker uttalte fordommer mot muslimer.

Hvordan ser muslimfiendtlighet ut?

Muslimfiendtlige fordommer bygger ofte på stereotypiske ideer om at muslimer er én ensartet

gruppe med bestemte egenskaper. Forskingen viser at fordommer mange har om muslimer, ofte springer ut fra mediebilder, samfunnsdebatten, politikernes diskurser og populærkultur – ikke fra personlig erfaring eller kunnskap. Derfor er det avgjørende at helsepersonellet prøver å bli bevisste på egne fordommer og aktivt jobber for å møte alle pasienter med respekt og likeverd. Muslimfiendtlighet kommer også til uttrykk i vanlige sosiale kontekster: under jobbintervjuer, i kantina, i drosjekøer, på julebord osv. – i form av kommentarer eller antakelser som får dem til å føle seg ekskludert eller «annerledes».

Hvordan er muslimfiendtlighet en form for rasisme?

Muslimfiendtlighet kategoriseres som rasisme fordi fiendtligheten bygger på forestillinger om at muslimer er en gruppe som – på grunn av religion, utseende, kultur eller antatt opprinnelse – er fundamentalt forskjellige fra «oss andre». Når muslimer – eller personer som antas å være muslimer – tillegges bestemte iboende egenskaper og verdier, og behandles dårligere på bakgrunn av det, fungerer religionen som en rasemarkør.

Rasisme mot muslimer er i strid med både helsepersonelloven § 4, som pålegger alle helsearbeidere å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, og likestillings- og diskrimineringsloven, som forbyr diskriminering på grunn av blant annet religion og kultur.

Hva er åndelig og eksistensiell omsorg?



Birgitte Lerheim

Førsteamanuensis,
Det teologiske fakultet, Universitetet i Oslo

For få år siden utviklet en gruppe sykepleieforskere og -lærere fra 21 europeiske land en felles definisjon av åndelig og eksistensiell omsorg, den såkalte EPICC Spiritual Care Education Standard. I arbeidet med dette ble det lagt vekt på at definisjonen skulle fange opp ulike religioner og kulturer på en best mulig måte. Her forstås åndelig omsorg som «den dynamiske dimensjonen ved menneskelivet som er relatert til hvordan personer, både som individer og som fellesskap, opplever, uttrykker og/eller søker mening, hensikt og transcensens, og måten de er i kontakt med øyeblikket, seg selv, andre, naturen, det betydningsfulle og/eller det hellige på».

Åndelig og eksistensiell omsorg handler om hvordan helsepersonell møter pasientens behov. Dette handler ikke bare om pasientenes religion, tro eller livssyn – det handler om hvordan helsepersonell gjennom holdning og handling møter pasientens behov og utfordringer og bygger på den enkelte pasients ressurser og preferanser.

Samtidig vil helsepersonell i mange tilfeller føle seg usikre i møte med pasientens åndelige behov, spesielt der pasienten har en tro eller et livssyn helsearbeideren ikke er fortrolig med. Usikkerheten kan handle om manglende kunnskap, språkbarrierer, tidspress og en i nordeuropeisk kultur misforstått blyghet der man er redd for å tråkke over pasientens grenser og ser på religion og livssyn som en privat, separert sfære.

Hvordan kan så helsepersonell bli i stand til å gi åndelig og eksistensiell omsorg i tråd med det pasienten trenger?

Først: Reflekter over egen åndelighet og eksistensielle spørsmål og tenk over hvordan egen tro, eget livssyn og egne verdier spiller en rolle for din omsorgsutøvelse. Men åndelighet er ikke bare en individuell ting – religion og åndelighet har alltid en relasjonell side. Derfor: Spør! Gi pasienten en mulighet til å fortelle om egen overbevisning eller tro, og de trospraksisene som er viktige for ham eller henne. Slik får du informasjon om hva pasienten ønsker og trenger. Vurder så hvordan du som helsepersonell kan hjelpe pasienten med å få dekket disse behovene på en måte som ivaretar både konfidensialitet og samtykke. Responder så på pasientens behov på en omsorgsfull og ivaretagende måte med respekt for pasientens åndelige ståsted.

Dette handler altså både om å forstå religion og åndelighet som fenomen, om å forstå og bli kjent med egen åndelighet og om å ha mot og vilje til å sette seg inn i og møte pasienters åndelige behov på en ivaretagende og profesjonell måte.



Ressurser for åndelig og eksistensiell omsorg*

Retten til å praktisere tro og livssyn

Helse- og omsorgstjenestene har ansvar for å legge til rette for at alle kan utøve sin tro eller sitt livssyn – alene og i fellesskap med andre. Dette gjelder også for personer som trenger hjelp til å uttrykke hva de ønsker, eller som trenger praktisk støtte for å kunne praktisere eller delta i sitt trossamfunn eller livssynsfellesskap.

Rundskriv «Rett til egen tros- og livssynsutøvelse», Helsedirektoratet 2009

Samhandling med tros- og livssynssamfunn

Ofte vil pasienter og pårørende som har behov for det, ta kontakt med sitt eget tros- eller livssynssamfunn for samtaler, ritualer eller praktisk hjelp. God samhandling og dialog mellom helsetjenestene og tros- og livssynssamfunnene bidrar til at pasientenes behov ivaretas på best mulig måte.

«Samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tros- og livssynssamfunn», Helsedirektoratet/STL 2013

Samtalepartnere

Et sykehusopphold kan innebære store endringer i livet – som opplevelser av tap, sorg eller krise. Mange pasienter har behov for samtaler med noen som deler eller forstår deres tro eller livssyn og kan dekke åndelige og eksistensielle behov. For å møte et stadig større mangfold har flere sykehus og sykehjem utvidet prestatetjenesten med samtalepartnere med ulik livssynsmessig tilknytning, for eksempel muslimske og humanistiske.

Retningslinje for åndelige og eksistensielle behov

Oslo universitetssykehus har utviklet en kunnskapsbasert retningslinje som gir helsepersonell råd og veiledning når de skal kartlegge og følge opp pasienters og pårørendes åndelige og eksistensielle behov.

Åndelige og eksistensielle behov for pasienter og pårørende – eHåndboken OUS

*Skrevet av Birgit van der Lans, daglig leder STL Oslo



Faruk Terzic
Leder for imamkomiteen
Muslimsk dialognettverk

Åndelig omsorg i møte med muslimske pasienter

Åndelig omsorg er en sentral del av helhetlig behandling for mange muslimske pasienter. Den innebærer støtte i tro, bønn og håp, særlig i møte med sykdom, lidelse og død. Slik omsorg overlapper delvis med psykososial støtte, men skiller seg ut ved at den primært retter oppmerksomheten mot forholdet til Gud.

Behovene kan variere med situasjonen. Ved akutte hendelser søker mange rask bønn, ro og nærvær av pårørende. Ved langvarig sykdom er det større behov for kontinuerlig åndelig støtte, samtaler og tilgang til imam. Pårørende kan også ha et sterkt behov for støtte, både i sorgprosesser og i det å finne mening og håp.

Helsepersonell møter ofte muslimske pasienter med velvilje, men manglende kunnskap kan føre til misforståelser eller at tilrettelegging uteblir. Samtidig finnes det mange gode eksempler, som når sykehus tilrettelegger for bønn, tilbyr halalmat eller legger til rette for imambesøk.

Essensielle behov inkluderer mulighet til bønn, koranresitasjon, halalmat og religiøs tilrettelegging ved dødsfall og begravelse. Særlig rask og respektfull håndtering etter dødsfall oppleves som svært viktig. Andre former for tilrettelegging er

ønskelige, men ikke alltid avgjørende. Identitet, kultur og religiøs praksis påvirker hvordan muslimske pasienter møter sykdom og behandling. Mange tolker lidelse i lys av tålmodighet og tillit til Guds vilje, noe som kan gi styrke, men også påvirke hvordan de tar beslutninger om behandling. For helsepersonell er det derfor viktig å møte disse aspektene med respekt.

En nøkkel er å vise interesse, stille åpne spørsmål og lytte uten fordommer. Det er bedre å spørre enn å anta. Små tegn på respekt – som å tilby et stille rom til bønn – kan gjøre en stor forskjell for tilliten.

Ledere og ansatte i helsevesenet bør sørge for opplæring i tros- og kultursensitiv omsorg, samt etablere rutiner som inkluderer åndelig støtte. Samarbeid med imamer og muslimske frivillige kan styrke tilbudet.

Et godt eksempel er en alvorlig syk pasient som ønsket imambesøk. Personalet tilrettela for dette og gjorde et stille rom tilgjengelig for bønn og koranresitasjon. Familien følte seg sett og respektert, og pasienten opplevde ro. Slike erfaringer viser hvordan åndelig omsorg kan styrke både pasientens velvære og familiens tillit til helsetjenesten.

Å besøke syke i islam

I islam regnes det som en anbefalt og høyt verdsett handling å besøke syke. Dette omtales som en sunnah – en praksis som profeten Muhammad (fred være med ham) oppmuntret til, og som gir stor åndelig belønning. Besøket viser omsorg, barmhjertighet og solidaritet og bidrar til å styrke fellesskapet.

Både Koranen og hadithtradisjonen fremhever betydningen av slike besøk. I Koranen står det: «Den som gjør så mye som et støvkorns vekt av godt, skal se det» (Surah Al-Zalzalah 99:7). En kjent hadith forteller at Gud på dommens dag vil si: «Jeg var syk, og du besøkte meg ikke.» Når mennesket spør hvordan Gud kunne være syk, svarer han: «Min tjener var syk, og du besøkte ham ikke. Visste du ikke at dersom du hadde besøkt ham, ville du ha funnet Meg hos ham?» (Sahih Muslim) Dette understreker at det å besøke syke er en handling som ikke bare gagnar pasienten, men også gir åndelig nærhet til Gud.

Effekten av slike besøk kan være stor. For pasienten kan de gi trøst, styrke og håp og redusere følelsen av ensomhet. Åndelig og følelsesmessig støtte kan også ha positiv innvirkning på helingsprosessen. Sosialt oppleves besøk som en bekreftelse på at pasienten ikke står alene.

I en helsekontekst bør besøk foregå med respekt for pasientens ønsker, privatliv og helsetilstand. Kjønnsdeling og behov for bønn kan være viktig, og smittevern og hygiene må ivaretas. Helsepersonell bør være oppmerksomme på at muslimske pasienter, særlig ved alvorlig sykdom, ofte setter stor pris på besøk av familie, imamer eller trosfeller som kan tilby bønn, koranresitasjon og samtale. Institusjoner kan legge til rette med fleksible besøksordninger, stille rom og samarbeid med imamer eller muslimske frivillige.



Almas Ali
Muslimsk samtalepartner,
Oslo universitetssykehus



Intervju

Som muslimsk samtalepartner møter Almas Ali mange kvinnelige pasienter

Hvilke utfordringer opplever du at muslimske kvinner møter i det norske helsevesenet, særlig når det gjelder ivaretagelse av deres religiøse og åndelige behov?

Mange muslimske kvinner opplever flere utfordringer i møte med det norske helsevesenet, særlig når det gjelder deres religiøse og åndelige behov. En av de største utfordringene er ønsket om å bli undersøkt eller stelt av en kvinnelig lege eller pleier, spesielt ved intime undersøkelser. Når dette ønsket ikke imøtekommes, kan det føre til betydelig ubehag – i noen tilfeller unngår kvinnene helsehjelp helt.

I tillegg er det ofte vanskelig for kvinner å snakke åpent om helseproblemer som gjelder underliv, seksualitet eller psykisk helse. Kulturelle normer og frykt for å bli dømt gjør at mange holder tilbake viktig informasjon, noe som kan påvirke kvaliteten på behandlingen de får.

Flere forteller også at de ikke får vite navnet eller kjønnet på behandleren i forkant av en konsultasjon. Dette skaper uro og usikkerhet hos pasienten, og kan bidra til at de ikke møter opp til avtalt time.

Mange muslimske kvinner opplever også å bli misforstått eller ikke tatt på alvor av helsepersonell. Spesielt kvinner med minoritetsbakgrunn forteller at deres troverdighet blir trukket i tvil, og at helsearbeidere mangler innsikt i deres religiøse og

kulturelle praksiser. Det er ofte liten forståelse for behov som å avstå fra håndhilsning, ønsket om å dekke seg til eller det å få behandling fra en person av samme kjønn.

Manglende tilrettelegging og kulturell kompetanse kan føre til en betydelig psykisk belastning. Mange kvinner bærer på dårlig samvittighet etter ubehagelige møter med helsevesenet og søker i ettertid støtte og råd hos imamer for å håndtere skyldfølelse og stress. Denne mangelen på forståelse kan oppleves som respektløs og bidrar til å skape en følelsesmessig avstand mellom pasient og behandler.

Hvordan kan helsepersonell bli bedre til å vise forståelse og respekt for muslimske kvinners behov for åndelig omsorg?

Tiltak som kan bidra til god oppfølging av muslimske pasienter, er blant annet å tilby kvinnelige behandlere når det er mulig, legge til rette for bønn og tildekket påkledning, ha kvinnelige samtalepartnere med muslimsk bakgrunn, samarbeide med religiøse ledere og alltid møte pasienten individuelt med åpen dialog fremfor antakelser.

For å møte muslimske kvinners behov med større respekt og forståelse er det viktig at helsepersonell får opplæring i religion, kultur og verdier som er sentrale for muslimske pasienter. Økt kunnskap skaper trygghet og minsker risikoen for misforståelser.



Kan du dele noen erfaringer der god åndelig omsorg har gjort en positiv forskjell for en muslimsk pasient, eller der mangel på slik omsorg har ført til utfordringer i behandlingssituasjonen?

Det er flere eksempler på hvordan god åndelig omsorg har gjort en positiv forskjell. Når muslimske kvinner får mulighet til å snakke med noen som forstår både deres tro og deres erfaringer som kvinner, føler de seg sett, respektert og ivaretatt. Dette kan skape en trygg ramme som gjør det lettere å dele vanskelige temaer, og det bidrar til bedre psykisk helse og økt tillit til helsevesenet.

I krisesituasjoner, som ved alvorlig sykdom eller psykiske sammenbrudd, er det avgjørende at det er minst mulig barriere mellom pasient og hjelper.

Mange kvinner uttrykker at de har lettere for å åpne seg for noen med samme religion og kulturelle bakgrunn – de føler seg rett og slett forstått på en dypere måte. Det handler ikke bare om teologiske spørsmål, men også om eksistensiell og psykologisk støtte.

Flere har fortalt at etter samtale med en kvinnelig samtalepartner med muslimsk bakgrunn, som har forstått både deres trospraksis og deres utfordringer som kvinne, har de opplevd dyp ro og fornyet optimisme. Tidligere følelser av håpløshet og fortvilelse ble erstattet med styrke og motivasjon.

På motsatt side finnes det også historier der mangel på forståelse og åndelig tilrettelegging har ført til at pasienter trekker seg tilbake, mister tillit til helsevesenet eller i verste fall uteblir fra viktig behandling.



Suban Mohamood
Lege

« I møte med pasienter handler det om å se individet, stille åpne spørsmål og unngå antakelser»

Intervju

Suban Mohamood er lege, og deler egne erfaringer med hvordan holdninger blant helsepersonell kan påvirke pasienters møte med helsevesenet

Hva slags problemstillinger opplever du oftest når det gjelder kulturell eller religiøs forståelse i pasientbehandlingen?

Min personlige erfaring er at det ikke nødvendigvis mangler bevissthet rundt pasienters kulturelle eller religiøse identitet, ettersom dette ofte kan være synlige identitetsmarkører. Problemet oppstår heller når denne «forståelsen» bygger på generaliseringer, fremfor en individuell tilnærming.

Dette kan føre til negative forutinntatte holdninger og bias, som igjen skaper misforståelser og svekket tillit i pasient-behandler-forholdet – og i verste fall negative behandlingsutfall. Slike stereotyper og antakelser kan redusere kvaliteten på kommunikasjonen og hindre effektiv behandling, særlig når pasientens egne verdier og behov ikke blir lyttet til eller tatt på alvor.

Har du selv opplevd eller vært vitne til diskriminering eller negative holdninger rettet mot muslimske pasienter i helsevesenet?

Ja, dessverre. Jeg har vært vitne til episoder hvor muslimske pasienter blir møtt med mistenksomhet eller tolket som «vanskelige». Jeg har blant annet overhørt helsepersonell snakke om pasienter på en negativ måte, uten at det var saklig eller relevant for pasientbehandlingen. Jeg har også observert at muslimske pasienter – som mange andre marginaliserte pasientgrupper – har i noen tilfeller blitt forhåndsdomt og generalisert ut fra negative forutinntatte holdninger.

Et konkret eksempel er en uttalelse fra en overlege i klinikken, som foran en kollega bemerket at man burde halvere dosen smertestillende til en somalisk muslimsk kvinne med magesmerter, med begrunnelse i at somaliske kvinners smerteuttrykk ikke kunne anses som pålitelige. Dette er et eksempel som illustrerer hvordan slike holdninger kan påvirke pasientbehandlingen.

Er det noe du skulle ønske dine kollegaer visste eller forstod bedre når det gjelder møte med muslimske pasienter og pårørende?

Muslimske pasienter og pårørende bør, som alle andre pasienter, møtes med åpne spørsmål- ikke med forutinntatte holdninger eller bias. Det er viktig å huske at muslimske pasienter er en heterogen gruppe med ulike bakgrunner, erfaringer og praksiser knyttet til tro. Derfor må vi unngå generaliseringer og heller møte hver pasient med åpenhet, lyttende holdning og respekt.

Hva tenker du er de viktigste tiltakene helsevesenet kan gjøre for å bedre møte muslimske pasienters behov på en respektfull og profesjonell måte?

På institusjonsnivå bør helsepersonell få systematisk opplæring i kulturell og religiøs sensitivitet, med fokus på åpne spørsmål, håndtering av verdimangfold og refleksjon over egne holdninger, samt hvordan dette kan påvirke tilgang til likeverdig helsetjeneste for utsatte pasientgrupper. Opplæring i strukturell rasisme, diskriminering og bias bør også være obligatorisk. For muslimske pasienter, i likhet med alle pasientgrupper, vil det være nyttig at institusjonen legger til rette for viktige behov under innleggelse. Et eksempel er alternative matvalg som halal, kosher eller vegetar, som kan virke som enkle tiltak, men som bidrar til en mer helhetlig og inkluderende pasientopplevelse.

På individnivå bør pasienter møtes som individer, med åpne spørsmål og uten antakelser basert på tro, etnisitet eller bakgrunn. Helsepersonell bør reflektere over egne bias og bygge tillit gjennom aktiv lytting og empati.

Når foreldrene blir gamle: Familieomsorg i muslimske miljøer



Mobin Anwar
Prosjektleder,
STL Oslo & Minotenk

I mange muslimske miljøer er det uvanlig at eldre flytter på sykehjem. Dette henger sammen med både religiøse verdier, kulturelle tradisjoner og samfunnsforhold i mange muslimske land.

I islam sees det som en stor velsignelse og ære å ta vare på sine foreldre i alderdommen. Koranen oppfordrer barn til å vise respekt og omsorg for foreldrene, særlig når de blir gamle. Mange opplever derfor omsorg i hjemmet som en religiøs og moralsk plikt – men også som en måte å gi tilbake kjærlighet og takknemlighet på.

I tillegg finnes det i mange muslimske land ikke et offentlig velferdssystem slik vi kjenner i Norge. Sykehjem er ofte lite utbredt eller helt fraværende, og omsorg for eldre har tradisjonelt vært en naturlig del av familiens ansvar. Samtidig er storfamilien i mange kulturer en viktig del av hverdagen, der flere generasjoner bor tett sammen. Det gir de eldre trygghet, fellesskap og tilhørighet.

Mange eldre muslimer føler seg derfor mest hjemme i et miljø der deres språk, mat, kultur og religion er en naturlig del av livet. Når familien selv tar ansvaret for omsorgen, sikrer man at den eldre beholder denne tryggheten.

Likevel er det ikke alltid mulig å gi omsorg hjemme. Familiens ressurser, omsorgsbehov og helseutfordringer kan gjøre at sykehjem eller annen institusjon blir den beste løsningen, selv om idealet ofte er å beholde foreldrene hjemme. For mange muslimske familier er dette et vanskelig valg, nettopp fordi verdien av å ta vare på foreldre står så sterkt.

Møter med helsevesenet kan også gjøre sykehjem til et sårt tema. Da min far ble innlagt på sykehus, opplevde vi at legen ga oss et ultimatum: Dersom vi ikke gikk med på sykehjem, ville han ikke få ny innleggelse. Familien hadde flere ganger sagt nei fordi vi ønsket å ta vare på ham selv, men denne gangen ble vi presset til å gi etter. Opplevelsen gjorde oss utrygge og skapte en frykt for at sykehjem alltid ville bli et tema når han ble dårlig. Som pårørende satt vi igjen med en følelse av maktesløshet, og situasjonen gjorde at sykehjem for oss ble knyttet til press fremfor frivillighet.

Dette betyr ikke at sykehjem alltid oppleves negativt. Men tradisjonelt har muslimske familier lagt vekt på at de eldre skal være en del av familiens liv helt til det siste. Når eldre muslimer likevel flytter på sykehjem, er det derfor viktig å anerkjenne denne bakgrunnen og møte både beboer og pårørende med forståelse og respekt.

Med den kommende eldrebølgen i Norge blir det dessuten enda viktigere at institusjoner forbereder seg på en mer mangfoldig eldrebefolkning. For muslimske familier kan overgangen til sykehjem være ekstra krevende, og derfor bør institusjonene arbeide med å skape trygge rammer der kultur, språk og religion blir ivaretatt.

Tony Sandset
Rådgiver, Minotenk
Forsker, Det medisinske
fakultetet, Universitetet
i Oslo



Hvordan gjenkjenne og håndtere egne og andres holdninger?

Å sikre likeverdige helsetjenester forutsetter at helsepersonell aktivt reflekterer over egne holdninger og forforståelser – og hvordan disse påvirker møter med pasienter og pårørende. Dette er særlig viktig når pasientene har en annen religiøs og kulturell bakgrunn enn majoriteten.

Holdninger er ikke nøytrale eller private; de er formet av erfaringer, utdanning, media, kollektive forestillinger og institusjonelle normer. De påvirker hvordan vi forstår andre mennesker, og hvordan vi handler i kliniske situasjoner – enten vi er oss dette bevisst eller ikke. Derfor har det i de senere årene vært et økt søkelys på ubevisste og bevisste fordommer eller bias i helsevesenet og hvordan dette påvirker retten til likeverdige helsetjenester. Fordommer, forutinntatte holdninger eller bias er

noe vi alle har, og som kommer til uttrykk i forskjellige situasjoner. Problemet oppstår når disse påvirker våre handlinger og holdninger i en slik grad at de fører til skade eller neglisjering av andre, eller at de fører til at vi påfører andre mennesker lidelse, eller at våre holdninger forringer andre menneskers liv og verdi. Dette kan komme til uttrykk i både ord og fysiske handlinger, eventuelt at vi ikke handler, det vil si at våre fordommer fører til at vi overser eller ikke handler i situasjoner hvor vi burde ha foretatt oss noe for å hjelpe noen andre. Dette er et spesielt graverende problem i helsevesenet der alle har rett til likeverdige helsetjenester. Forutinntatte holdninger eller bias som forringer denne retten, enten ved direkte handling, ved indirekte handling eller ved å ikke handle, er et brudd på denne retten.

Våre holdninger består av både bevisste verdier og ubevisste antakelser. De kan komme til uttrykk gjennom språk, kroppsspråk, tonefall eller hvilke spørsmål som stilles, og kanskje like viktig, hvilke som ikke stilles. Studier har vist at helsepersonell, ofte uten å vite det, kan vurdere smerte annerledes hos pasienter med minoritetsbakgrunn, eller anta at personer med minoritetsbakgrunn overdriver for eksempel smerteuttrykk. Slike ubevisste fordommer kan svekke tilliten i behandlingsrelasjonen og føre til ulik tilgang til helsehjelp samt føre til ulikhet i helseutfall. Med andre ord kan fordommer føre til helseulikhet som et konkret resultat av forsinket diagnostisering, feilbehandling, unødvendig behandling eller underbehandling. Å gjenkjenne egne holdninger er et faglig og etisk ansvar som vi alle har. Det krever at man tør å stille seg selv vanskelige spørsmål: Hva er det ved denne pasienten eller situasjonen som utfordrer meg? Hvilke antakelser tar jeg for gitt? Reagerer jeg annerledes enn jeg ville gjort med en pasient fra majoritetsbefolkningen? Slike spørsmål danner utgangspunkt for refleksjon – både individuelt og i fagfellesskap. Kollegaveiledning, refleksjonsgrupper og arbeid med konkrete pasienthistorier kan gi rom for å sette ord på forforståelser og undersøke hvordan de påvirker praksis. Derfor er det viktig at det finnes rom og strukturer for dette i helsevesenet, slik at denne tematikken kan jobbes med over tid og ikke bare blir et individuelt ansvar, men heller et institusjonelt ansvar. Det handler om å utvikle en profesjonell praksis der holdninger er gjenstand for kritisk refleksjon og ikke en skjult drivkraft i møte med pasienter.

Like viktig som å erkjenne egne holdninger er evnen til å håndtere andres. Dette kan være holdninger uttrykt av kollegaer, av andre pasienter eller av pårørende. Når forskjellsbehandling eller stereotyper får passere uadressert, bidrar det til å normalisere urettferdig praksis og dermed forringe retten til likeverdige helsetjenester. Helsepersonell har et felles ansvar for å fremme en arbeidskultur preget av respekt og profesjonalitet. Igjen er det også viktig å bemerke at det å håndtere andres fordommer og negative forutinntatte holdninger ikke bare er noe som bør håndteres av de ansatte; det er også viktig å implementere gode prosedyrer og mekanismer for å kunne rapportere og melde fra om hendelser der fordommer svekker retten til likeverdige helsetjenester og individets rett til å bli møtt på en respektfull og profesjonell måte i helsevesenet.

I møte med muslimske pasienter og pårørende er det særlig viktig å anerkjenne at det finnes stor variasjon i både religiøs praksis, kulturell bakgrunn og individuelle ønsker. Det finnes ikke én måte å være muslim på. Hva pasienten selv uttrykker, bør alltid veie tyngre enn generelle antakelser om kultur eller religion. Dette gjelder alt fra ønsker om kjønn på behandler til spørsmål om mat, bønn, samtykke og døden. Forutinntatte holdninger kan i føre til at vi «fryser fast» personer med muslimsk bakgrunn i stereotyper som hindrer at vi ser individet og individets behov for omsorg og helsehjelp. Dette illustrerer at selv til dels velmente antagelser om muslimer kan føre til at individualiteten til en pasient eller pårørende blir tilsidesatt av stereotypiske ideer om hva en muslim er. Et ensidig fokus på pasientens «kultur» som barriere, heller enn institusjonens egne rutiner og holdninger, kan føre til at ansvar for ulik behandling skyves over på pasientens bakgrunn i stedet for å identifisere systemiske skjevheter ved våre institusjoner samt våre implisitte holdninger.

Arbeidet for likeverdige helsetjenester krever bevissthet og vilje til endring. Dette handler om å møte uttalelser med saklighet, om å bidra til kollegaers forståelse, og om å gi muslimske pasienter rom til å definere sine egne behov, uten at deres religion alene tillegges forklaringskraft.



Caseoppgaver

Caseoppgavene tar utgangspunkt i situasjoner som muslimske pasienter og pårørende kan møte i helsevesenet. De skal bidra til refleksjon og dialog om hvordan helsepersonell kan fremme likeverd, respekt og kulturell sensitivitet i praksis.

1. Krysskontaminering og kulturelle hensyn
2. Sykehjemspress
3. «Du kan ikke undertrykke meg»
5. Hva kan institusjonen gjøre for å forebygge slike situasjoner?
4. 17. mai på sykehuset
5. Hijab på legekantoret
6. «Her har du lov til å prate selv»
7. «Du snakker så godt norsk!»
8. «Hvorfor er dere så mange?»
9. «Du må forstå oss»
10. Ikke si det til ham



1. Krysskontaminering og kulturelle hensyn

En pasient med muslimsk bakgrunn er innlagt på sykehus. Under servering av kveldsmat observerer pårørende at sykepleieren bruker samme kniv til å smøre både svinepølegg og brødskeer uten svineprodukter. Dette kan gi krysskontaminering. Da pårørende sier fra, svarer sykepleieren at «dette har vært praksis i mange år» og uttrykker frustrasjon over det hun oppfatter som «store krav fra muslimer».

Refleksjonsspørsmål:

1. Hvilke risikofaktorer knyttet til pasientsikkerhet og krysskontaminering kan oppstå?
2. Hvordan kan praksisen påvirke pasientens religiøse og kulturelle behov?
3. Hvilke tiltak kan avdelingen iverksette for å sikre kulturell sensitivitet?

2. Sykehjemspress

En pasient med muslimsk bakgrunn er innlagt på sykehus. Familien mistenker infeksjon, men legen mener pasienten er klar for utskrivelse. Dagen etter blir pasienten dårligere og legges inn på nytt. På akuttmottaket ber legen om en samtale.

Under samtalen sier legen: «Hvis dere ikke går med på sykehjem, vil han ikke bli innlagt igjen.» Familien har tidligere takket nei til sykehjem fordi de ønsker å ta vare på pasienten hjemme, men føler seg nå presset til å si ja.

Refleksjonsspørsmål:

1. Hvordan kan situasjonen oppleves for familien?
2. Hvilke kulturelle og religiøse verdier kan spille inn?
3. Hvordan kunne legen ha håndtert samtalen annerledes?

3. «Du kan ikke undertrykke meg»

En pasient med muslimsk bakgrunn har ikke fått sjekket blod-sukkeret på ni timer. Familien blir bekymret: Pasienten virker trøtt (somnolent), svimmel og kaldsvett. Sønnen drar i snora, men ingen kommer. Etter 20 minutter går han ut på gangen.

En sykepleier svarer at hun er travel og vil komme senere. Sønnen insisterer: «Det er viktig at du sjekker blodsukkeret nå, vi tror han har lavt blodsukker.»

Sykepleieren stopper opp og svarer: «Ikke tro at du kan gi meg ordre på samme måte som du gir til moren og søstrene dine hjemme. Du kan ikke undertrykke meg på den måten.»

Refleksjonsspørsmål:

1. Hvilke problemstillinger knyttet til rasisme, fordommer og kjønnsstereotyper ser du her?
2. Hvordan kunne sykepleieren håndtert henvendelsen på en profesjonell måte?
3. Hvilke konsekvenser kan slike kommentarer få for pasient, pårørende og tilliten til helsetjenesten?
4. Hvordan kan helsepersonell trenes til å skille mellom saklig bekymring og egne fordommer?
5. Hva kan institusjonen gjøre for å forebygge slike situasjoner?

4. 17. mai på sykehuset

En pasient med muslimsk bakgrunn ligger alvorlig syk på sykehuset 17. mai – en dag han alltid har lært familien å feire. Nettopp derfor er det viktig for familien å være hos ham denne dagen.

Mens korpset spiller ute, ber en sykepleier familien om å forlate rommet. Familien påpeker at «andre pasienter også har pårørende til stede», men får svaret: «Det er ikke noe dere skal bry dere om.» Etter diskusjon må familien likevel gå mot sin vilje.

Refleksjonsspørsmål:

1. Hvordan kan familien oppleve dette – særlig på en dag med sterk følelsesmessig betydning?
2. Hvorfor kan sykepleierens svar oppleves respektløst eller diskriminerende?
3. Hvordan kunne situasjonen vært håndtert mer profesjonelt og empatisk?
4. Hvilke rettigheter har pasient og pårørende når pasienten er alvorlig syk?
5. Hvordan kan institusjonen legge bedre til rette for likebehandling og pårørendeivaretagelse?

5. Hijab på legekantoret

En muslimsk kvinne møter til konsultasjon hos fastlegen iført hijab. Under undersøkelsen sier legen: «Det blir enklere hvis du tar av deg hijaben – det er jo ikke nødvendig å ha den på nå.»

Kvinnen opplever kommentaren som ubehagelig. Hun forstår ikke hvorfor det skulle være medisinsk nødvendig, og føler at hun må forsvare hvorfor hun bruker hijab. Hun blir usikker på om hun møtes med respekt.

Refleksjonsspørsmål:

1. Hvordan kan pasienten ha opplevd legens kommentar?
2. Hvorfor kan selv små spørsmål eller antydninger om hijab oppleves som problematiske?
3. Hva kunne legen gjort annerledes i situasjonen?
4. Hvordan kan helsepersonell balansere medisinske behov med respekt for religiøs praksis?
5. Hva kan dette lære oss om språk og holdninger i pasientmøter?

6. «Her har du lov til å prate selv»

En muslimsk kvinne skal opereres for å fjerne livmoren. Før operasjonen ønsker legen en samtale. Datteren er med og tolker uformelt.

Når datteren oversetter, stopper legen henne og sier til pasienten: «Her har du lov til å prate selv», og legger til datteren: «Du trenger ikke tolke for moren din.»

Moren blir usikker på om hun forstår alt, og datteren føler seg mistenkeliggjort – som om hun hindrer moren i å snakke fritt.

Refleksjonsspørsmål:

1. Hva er utfordringene ved å bruke pårørende som tolk i en så sårbar situasjon?
2. Hvordan kan legens utsagn oppleves for både mor og datter?
3. Hvilke profesjonelle alternativer finnes for trygg kommunikasjon?
4. Hvordan kan helsepersonell ivareta pasientens stemme og samtidig vise respekt for pårørende?
5. Hva kan institusjonen gjøre for å unngå slike misforståelser?

7. «Du snakker så godt norsk!»

En muslimsk pasient med innvandrerbakgrunn blir lagt inn på sykehuset. Under samtalen sier en ansatt med et smil: «Oi, du snakker jo så godt norsk! Hvor har du lært deg det?»

Pasienten smiler tilbake, men blir stille etterpå. Kommentaren var ment som et kompliment, men oppleves som en påminnelse om at hun fortsatt sees som «fremmed», selv om hun er født og oppvokst i Norge.

Refleksjonsspørsmål:

1. Hvordan kan pasienten ha opplevd legens kommentar?
2. Hvorfor kan selv små spørsmål eller antydninger om hijab oppleves som problematiske?
3. Hva kunne legen gjort annerledes i situasjonen?
4. Hvordan kan helsepersonell balansere medisinske behov med respekt for religiøs praksis?
5. Hva kan dette lære oss om språk og holdninger i pasientmøter?

8. «Hvorfor er dere så mange?»

En muslimsk mann er innlagt etter en alvorlig operasjon. Flere familiemedlemmer besøker ham for å støtte.

En sykepleier sier irritert: «Hvorfor er dere alltid så mange? Trenger dere virkelig å være her alle sammen?»

Familien forklarer at det i deres kultur er vanlig å stille opp som familie ved sykdom, men opplever at de blir sett på som et problem. Stemningen blir anspent, og de føler seg mistenkeliggjort bare for å være til stede.

Refleksjonsspørsmål:

1. Hvordan kan sykepleierens kommentar oppleves som mistenkeliggjøring eller diskriminering?
2. Hvorfor er storfamilien ofte viktig i muslimske miljøer?
3. Hvordan kunne sykepleieren håndtert situasjonen mer respektfullt?
4. Hvilke konsekvenser kan mistenkeliggjøring få for tilliten til helsetjenesten?
5. Hva kan institusjoner gjøre for å møte ulike pårønderoller med respekt, samtidig som praktiske rammer ivaretas?

9. «Du må forstå oss»

En muslimsk mann blir innlagt med infeksjon. Han har begrensede norskkunnskaper, og datteren tolker delvis.

Legen blir frustrert over korte svar og sier: «Du må prøve å forstå oss og forklare bedre, ellers får vi ikke gjort jobben vår.»

Pasienten føler seg presset og blir stille. Datteren blir nervøs for å oversette feil. Familien opplever at deres behov ikke ivaretas.

Refleksjonsspørsmål:

1. Hvordan kan kommentaren oppleves for pasienten og familien?
2. Hvilke utfordringer oppstår når pårørende tolker uformelt?
3. Hvordan kunne legen håndtert kommunikasjonen mer respektfullt?
4. Hvordan påvirker dette pasientens trygghet, tillit og samarbeid?
5. Hva kan institusjonen gjøre for å sikre gode tolketjenester og kulturelt sensitiv kommunikasjon?

10. Ikke si det til ham

En pasient med minoritetsbakgrunn er innlagt på sykehuset. Undersøkelser viser at han har kreft. Familien ber legen innstendig om å ikke fortelle pasienten diagnosen, fordi de mener han ikke vil tåle beskjeden.

Legen blir usikker på hvordan han skal balansere hensynet til pasientens rett til informasjon med familiens ønsker.

Refleksjonsspørsmål:

1. Hvordan kan situasjonen oppleves for familien – og for pasienten?
2. Hvilke verdier og kulturelle oppfatninger kan ligge bak ønsket om å holde tilbake informasjon?
3. Hvordan kan helsepersonell håndtere konflikten mellom pasientens rettigheter og familiens ønsker på en respektfull måte?
4. Hvilke retningslinjer og etiske prinsipper bør legges til grunn i en slik situasjon?

Ordliste*

Interseksjonalitet handler om hvordan ulike sider av vår identitet, for eksempel kjønn, økonomi, hudfarge, religion og funksjonsevne, virker sammen. Ulike kombinasjoner kan for noen medføre mer makt og for andre medføre flere hindringer. For eksempel kan en person som er minoritet i en minoritet, oppleve ekstra utfordringer.

Mikroaggresjoner er små, ofte utilsiktede utsagn eller handlinger som uttrykker fordommer eller nedvurdering av en persons identitet. Som enkelthendelse kan det virke bagatellmessig, men i sum kan dette utgjøre en stor belastning over tid for personen som opplever dette gjennom et helt livsløp.

Minoritetsstress viser til en psykisk tilleggsbelastning som personer i minoritetsgrupper kan oppleve ved å konstant utsettes for stigmatisering og diskriminering i ulike situasjoner eller relasjoner, eller se at andre med samme bakgrunn utsettes for det. Det kan også handle om følelser av skam og ubehag knyttet til egen minoritetsidentitet.

Muslimfiendtlighet handler om negative holdninger, ord eller handlinger rettet mot enkeltpersoner fordi de er – eller antas å være – muslimer. Det kan være alt fra nedsettende kommentarer og diskriminering til trusler og vold. **Islamofobi** viser til forestillinger om islam som noe grunnleggende ondt og truende. Islamofobiske diskurser har til hensikt å spre frykt for islam og muslimer. Mens muslimfiendtlighet rammer mennesker direkte i hverdagen, virker islamofobi mer overordnet gjennom fiendebilder, konspirasjonsteorier og fremmedgjørende diskurser som påvirker hvordan muslimer blir sett på og behandlet i samfunnet.

Rasialisering betyr at mennesker blir tillagt tilhørighet til bestemte grupper ut fra forestillinger om ytre kjennetegn som hudfarge, hår, kultur eller religion. Disse trekkene blir forstått som medfødte og uforanderlige og brukes til å forklare forskjeller mellom mennesker og til å rettferdiggjøre ulik behandling.

Sentrale begrep i islam

Halal: Det som er tillatt i islam, i dagligtale særlig brukt om mat som er tillatt å spise. Her er det veldig store variasjoner fra person til person i hvordan dette følges. Noen spiser alt utenom svinekjøtt, mens andre har behov for at kjøttet er rituelt slaktet og sertifisert av en islamsk instans.

Haram: Det som er forbudt i islam.

Hijab: I dagligtale brukes det om hodeplagg brukt av muslimske kvinner som en religiøs og/eller kulturell praksis eller markør. Hijab brukes alltid i rituell bønn, men det er store forskjeller i hvordan kvinner med muslimsk bakgrunn tenker rundt tildekking og hodeplagg generelt.

Koranen og profetens utsagn – hadithene: Koranen anses som en samling av åpenbaringer fra Gud. Profeten Muhammads utsagn og lære – hadithene – utfyller Koranens budskap og utgjør sammen og hver for seg tekstgrunnlaget for islam som religion. Islams fem søyler og hvordan man utfører bønneritualene, er for eksempel ikke beskrevet i Koranen, men i hadithene.

Muslim: Begrepet muslim betyr å hengi seg til Gud med trygghet og tillitt. Koranen beskriver islam som en livsstil – deen – som kan lede den troende til frelse. Det er to hovedretninger innen islam – sunni og sjia – og flere mindre retninger innen dem igjen.

*Skrevet av Linda Noor, daglig leder Minotenk

Sharia: Islamske normer og etiske systemer, basert på Koranen, hadithene og islamsk rettsvitenskap. Tolkningen er kontekstavhengig. Sharia betyr bokstavelig «veien til vannhullet», som en metafor for veien til frelse.

Tidebønnene – 5 daglige bøtter, som bes i retning Mekka:

Fajr – morgenbønn (like før soloppgang)
Dhuhr – middagsbønn
Asr – ettermiddagsbønn
Maghrib – solnedgangsbønn
Isha – kveldsbønn

I tillegg rettes personlige bøtter til Gud når som helst på dagen, det kalles dua.

Sjiamuslimere ber tre ganger daglig ved å slå sammen to av de fem daglige bønnetidene som sunnimuslimere praktiserer. Sunnimuslimere kan også følge denne praksisen på reise.

Rituell renhet – wudu/ghusl

For troende muslimer anses renhet som både en fysisk og en åndelig tilstand. Det er en forutsetning for å kunne utføre tidebønnene og delta i mange religiøse handlinger.

Wudu er en rituell vask som utføres før bønn, koranlesning og andre religiøse handlinger. Den innebærer vask av ansikt, hender, underarmer og føtter med vann. Dersom en pasient ikke kan bruke vann (f.eks. ved sår eller gips), finnes det et symbolsk alternativ kalt tayammum, en form for tørr renselse.

Ghusl er renselse av hele kroppen etter blant annet samleie, men menstruasjon, fødsel eller død. Det handler om å vende tilbake til en tilstand av rituell renhet.



likeverdige.helsetjenester.no



Samarbeidsrådet for
tros- og livssynssamfunn

Oslo



MINOTENK
Minoritetspolitisk tenketank

STL Oslo
www.stloslo.no
Besøks-/postadresse:
Rådhusgata 1-3
0151 Oslo
kontor@stloslo.no

MINOTENK
www.minotenk.no
Besøks-/postadresse:
Torggata 1
0181 Oslo
post@minotenk.no