

Oslo, 15.09.2022

## **Innspill til ny nasjonal helse- og samhandlingsplan**

STL (Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn), som samler bredden av tros- og livssynssamfunn til dialog og arbeider for likebehandling, takker for invitasjonen til å gi innspill til ny nasjonal helse- og samhandlingsplan.  *Dette er en utdyping av innspill gitt via Fagrådet for innvandrerhelse tidligere.*

### **1: Hva STL mener er de viktigste utfordringene å adressere**

#### **1.1: Introduksjon**

En tydelig tilbakemelding fra våre medlemssamfunn er at tro og livssyn er et område som stadig blir oversett og glemt. Våre medlemssamfunn får henvendelser fra sine medlemmer som uttrykker frustrasjon ved, eller behov for hjelp til å manøvrere i ulike deler av helsesystemet, som de ikke opplever at klarer å imøtekomme deres behov godt nok.

Utfordringer vi beskriver nedenfor er knyttet til tilrettelegging for trosutøvelse, livssynsbetjening (eksistensielle samtaler), stigma knyttet til sykdom eller funksjonsnedsettelse og sårbare grupper, inkludert «dobbelminoriteter».

#### **1.2: Tros- og livssynsutøvelse er både helsefremmende og en grunnleggende rettighet**

Vi anser det nødvendig å understreke tros- og livssynsfrihetens grunnleggende og sentrale posisjon, også i møtet mellom tjenestemottagere og tjenesteytere.

Et rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2009 (rundskriv 1-6/2009, datert 1. desember 2009) påpekte følgende: «*Av FNs internasjonale konvensjon om sivile og politiske rettigheter framgår det at enhver skal ha rett til tankefrihet, samvittighetsfrihet og religionsfrihet. Denne grunnleggende rettigheten omfatter også de som på grunn av sykdom eller nedsatt funksjonsevne trenger bistand og tilrettelegging for å utøve sin tro eller livssyn etter eget valg.*».

Videre slo rundskrivet fast at den kommunale helse- og sosialtjenesten har ansvar for å sikre at «*også kulturelle og åndelige behov blir ivaretatt i samsvar med den enkeltes ønske, bakgrunn og tilhørighet.*» F.eks. står det i [sykehjemsforskriften](#) (§4-6) at «*Beboerne skal ha frihet til å leve i samsvar med sitt livssyn.*», som fordrer en plikt til å tilrettelegge.

At tros- og livssynsbehov dekkes, gir også helsemessige goder. Ritualer og tradisjoner gir trygghet, håp og mening. Tros- og livssynsutøvelse alene og/eller i fellesskap med andre er en ressurs som hever livskvaliteten og åpner for engasjement og fellesskap. F.eks. kan det sosiale fellesskapet et tros- eller livssynssamfunn tilbyr være et viktig moment som bidrar positivt til en tjenestemottagers fysiske og/eller mentale helse, som igjen kan støtte opp under tjenesteyternes arbeid overfor mottakeren.

### **1.3: Konkrete utfordringer**

#### ***1.3-A: Tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse***

Alle mennesker har en tro eller et livssyn – uavhengig av mental eller somatisk helse. Også den som mottar helse- og omsorgstjenester har rett til å kunne utøve sin tro eller sitt livssyn både alene og i fellesskap med andre. Å sikre dette kan kreve en ekstra bevissthet, og ikke sjelden tilrettelegging, av tjenesteyterne. Det kan for eksempel handle om mat, bønnetider, hygiene, hva man ønsker å lese og lytte til, hvem tjenestemottageren ønsker besøk av og samtaler med, osv. Det er viktig å understreke at dette kan gjelde både de som tilhører majoritet og minoritet på ulike måter i samfunnet.

#### ***1.3-B: Kompetansemangel***

Vi opplever generelt at det er lite kunnskap og bevissthet om pasienters tro og livssyn. Følgelig blir det ikke alltid tilrettelagt godt nok, hvilket bidrar til å svekke menneskers mulighet til å praktisere sin tro eller sitt livssyn.

Behovet for f.eks. tilrettelegging for tros- og livssynsutøvelse har alltid vært til stedet. Når samtidig mangfoldet av religioner og livssyn øker i befolkningen, øker også behovet for mer individuelle tilpasninger. Med andre ord øker behovet for kunnskap og kompetanse blant helsepersonell, slik at de kan ivareta behov og rettigheter til både tjenestemottagere og pårørende på en god måte. Her opplever vi mangler og usikkerhet i dag. Gode kompetansehevende tiltak på flere nivåer er nødvendig.

Det har heldigvis skjedd en god utvikling når det kommer til livssynsbetjening og eksistensielle samtaler, hvor det er både prøvd ut og ansatt et større mangfold av tros- og livssynsveiledere – f.eks. sykehusimamer og felthumanist. Dette gjør det lettere for mange tjenestemottagere å få tilgang til eksistensielle samtaler med samtalepartner fra egen tradisjon. Det tar likevel ikke vekk ansvaret fra helsepersonell til å samtale med tjenestemottager og pårørende for å kartlegge ønsker og behov og å utvikle et tilpasset tilbud.

#### ***1.3-C: Stigma i ulike miljøer***

I tillegg til de individuelle tjenestemottagerne, er et viktig aspekt tro og livssyn på gruppenivå. Det kan være miljøer hvor ulike utfordringer og tabuer knyttes til f.eks. funksjonsnedsettelse – som kan gi en dobbel utfordring for den det rammer. Her er det viktig å jobbe med å bygge ned stigma gjennom opplysningsarbeid og støtte til pårørende, og ved å gi ekstra støtte til de som fort kan bli mindre synlige pga. sykdom, f.eks. fordi de ikke tas med på menighetens aktiviteter. Lavterskeltilbud, tilgjengelig informasjon og holdningsskapende arbeid er del av løsningen her.

#### ***1.3-D: Dobbelminoriteter***

Folk kan møte på utfordringer uavhengig om de er en minoritet eller ikke, men som minoritet er man ofte mer utsatt for diskriminering og forskjellsbehandling. Ekstra utfordrende kan det være for «dobbelminoriteter», det vil si f.eks. minoritetsreligiøse med funksjonshemming.

I retten til fri religionsutøvelse ligger ikke bare et vern mot å bli aktivt hindret i sin religionsutøvelse eller å bli forfulgt for sin tro og sitt livssyn, men også retten til like muligheter til å utøve og praktisere tro og/eller livssyn. For mennesker med kognitiv nedsatt funksjonsevne er også faren større for at de kan bli påtvunget deltagelse i en tro eller et livssyn mot sin vilje. Derfor er det viktig at den enkeltes ønske og behov klargjøres på en god og respektfull måte.

## 2: STLs forslag til aktuelle tiltak

Departementets invitasjon til å gi innspill lister opp en rekke temaer og stikkord. Vi ser at våre innspill relateres mest til «personell og kompetanse», «samhandling» og «digitalisering». Konkrete forslag gis i kulepunkter og fet skrift, med utdypende forklaring i brødtekst.

### 2.1: Kompetanseheving og økt tilrettelegging

#### *2.1-A: «Personell og kompetanse» og «Digitalisering»*

I dag er tilbudet for varierende og mangelfullt. Et kollegium skal kunne gjøre de vurderinger og tilrettelegginger som er nødvendig – ikke være avhengig av at en gitt kollega med tros- og livssynskompetanse, gjerne basert på egen interesse eller aktivitet, er på jobb. Derfor er dette viktig:

- **Heve kompetansen til helsepersonell på tros- og livssynsfeltet, slik at de vet både hvordan å snakke med tjenestemottagere og pårørende for å kartlegge behov og ønsker, og hvordan å møte disse behovene og ønskene.**

Å heve kompetansen betyr ikke at de skal ha spisskompetanse i ethvert livssyn. Det er tilstrekkelig å vite hvordan å stille relevante spørsmål og å ha trygghet til å spørre om det man lurer på. Det er et rimelig mål at man skal snakke forståelig og respektfullt overfor tjenestemottagerne. Spørsmål som dette kan være:

- «Hvilke helligdager feirer du?»
- «Hva slags mat spiser du?»
- «Er det noen ritualer du går gjennom i hverdagen?»
- «Er det noen bøker du vil lese?»

Noe «praktisk» kompetanse er også fordelaktig, som f.eks. å kjenne igjen og ha respekt for hellige bøker. F.eks. skal normalt Koranen behandles annerledes enn Bibelen, bl.a. ved å aldri plassere den under noe annet. Dog kan dette, igjen, oppnås med en respektfull og nysgjerrig kommunikasjon med tjenestemottakeren, men da trenger de å få en grunnleggende kompetanse og trygghet først.

I tillegg må praktiske rutiner forbedres:

- **Det må tas i bruk praktiske, digitale løsninger for registrering av ønsker og behov.**
- **Internrutiner må forbedres slik at man bedre avklarer behov og ønsker hos tjenestemottagere og pårørende.**

Eksempler på praktiske, digitale løsninger kan være i elektroniske pasientjournaler, hvor ønsket praksis nedfelles i dags-, uke- og månedsplanene. Det kan f.eks. være knyttet til ritualer og tilgang til samtalepartnere og hellige tekster. Det er ikke snakk om å registrere tilhørighet til et tros- og livssynssamfunn, men praktiske tiltak basert på brukerens ønsker og behov.

Internrutinene bør involvere og bruke nettverket rundt tjenestemottageren, selv om det må være en bevissthet om at pårørende ikke nødvendigvis deler det samme livssynet som pasienten/brukeren. Likevel kan de ofte kjenne til f.eks. hvilken menighet pasienten deltar i, som man igjen kan kontakte for å få svar og praktisk hjelp.

Ting som bør kartlegges kan f.eks. dreie seg om:

- hvem man kan snakke med for praktisk veiledning og hjelp,

- om pasienten vil ha besøk av noen (inkl. livssynsbetjening – f.eks. sykehusimam eller sykehushumanist),
- hvorvidt og hvordan eventuelle ritualer kan gjennomføres der tjenestemottager befinner seg (f.eks. jødisk Shabbat-lystenning på et sykehjem),
- eller om det kanskje er noe på TV eller radio det er viktig for vedkommende å få med seg (f.eks. gudstjenester).

### **2.1-B: "Samhandling"**

I neste kapittel skriver vi om veilederen «Samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tros- og livssynssamfunn». Veilederen skriver om den nødvendige samhandlingen mellom tre aktører: (1) tjenesteytere innen helse- og omsorgstjenesten, (2) ansatte innen tros- og livssynssamfunnene og (3) pårørende/verge.

I veilederen understrekes kommunenes ansvar for å gi kompetanse og å tilrettelegge. Samtidig hviler også et ansvar på de (lokale) tros- og livssynssamfunnene, ikke minst for å gjøre sine tilbud og muligheter kjente. Samhandlingen er uansett helt nødvendig, men det skjer i for liten grad i dag.

- **Innføre rutiner som sikrer at den nødvendige samhandlingen mellom tjenesteytere, tros- og livssynssamfunn og pårørende gjennomføres.**

Det er viktig å få i gang den nødvendige samhandling. En forutsetning for god samhandling er at de tre aktørene er bevisste på sin egenart og kompetanse, samtidig som de anerkjenner tilsvarende hos de andre. Vi forstår dette også forplikter våre medlemssamfunn, noe de kontinuerlig jobber med og vi støtter opp om.

Selv om det ikke er gjort systematiske undersøkelser, er tilbakemeldingene vi får fra våre ansatte og frivillige som jobber med disse spørsmålene i tros- og livssynssamfunnene, at disse temaene i liten grad er kjent eller jobbes med i helsesystemet, enda de selv opplever å gjøre forsøk på å ta opp temaene og starte tiltak.

Statens helsetilsyn og Fylkesmannen har ansvar for å føre tilsyn med at ytelsen av kommunale helse- og omsorgstjenester er i samsvar med kravene i lovgivningen. Dette gjelder også muligheten til tros- og livssynsutøvelse, jfr. for eksempel bestemmelsen i Forskrift av 14. november 1988 for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, § 4-6 i. Tilsyn med kommunenes etterlevelse av bestemmelser med relevans for utøvelsen av tro og livssyn bør ikke gjennomføres som et «særtilsyn», men som del av ordinære tilsyn med at tjenestemottakernes lovfestede rettigheter ivaretas. Rettskrav med relevans for tros- og livssynsutøvelse bør omtales i de veiledningene for gjennomføring av tilsyn som Statens helsetilsyn gir til fylkesmennene.

- **Tilsynsmyndigheter må innarbeide i sine rutiner å spørre om tjenesteyteres etterlevelse av bestemmelser med relevans for utøvelsen av tro og livssyn.**

### **2.2: Bekjempelse av stigma og utestengelse**

Både for å bekjempe stigma mot, og diskriminering av utsatte grupper, og for å støtte de som er rammet av stigma og diskriminering, trengs ulike tiltak. Dette er nødvendig både for at de berørte

skal få den hjelpen de trenger og har behov for, og for å hindre at de som allerede har belastninger blir unødvendig rammet av ytterligere utfordringer.

- **Måltrettet informasjonsarbeid – både opplæring av tjenesteytere, slik at de klarer å møte tjenestemottagere i disse miljøene på en god måte, og dialog- og opplysningstiltak overfor miljøer med utbredte misoppfatninger om visse sykdommer og tilstander.**
- **Sårbare grupper – ha god og tilgjengelig informasjon, samt lavterskeltilbud for informasjon og hjelp.**

Lokale og nasjonale dialognettverk – som STL nasjonalt og lokalt, Norges kristne råd eller Muslimske dialognettverk – kan være gode samarbeidspartnere i å nå ut til ulike tros- og livssynssamfunn og snakke om vanskelige temaer som f.eks. tabuer knytte til funksjonshemmede. Som vi forklarer i kapittel 3, har vi erfaring med dette innen flere vanskelige temaer.

Informasjon for sårbare grupper, inkludert «dobbelminoriteter», bør være tilgjengelig på arenaer hvor informasjonen når frem uten at den trenger å oppsøkes, f.eks. på skoler eller lokale fritidstilbud. Det bør også være på ulike språk.

### **3: Eksempler til inspirasjon**

#### **3.1: Kompetansehevede tiltak relatert til barnevern**

STL har god erfaring med vårt eget prosjekt «BRO – barnevern, religion og oppdragelse». Her har vi holdt møter og workshops for å bidra til å bygge kompetansen til de ansatte når det kommer til religion og livssyn. Vi opplever stor interesse for tilbudet og stort engasjement der vi holder workshops, hvilket vitner om behov for økt trygghet, bevissthet og kunnskap om religion og livssyn. Ansatte opplever at det er viktig for deres eget arbeid å kunne både snakke om og kjenne igjen at tjenestemottagere har en tro eller et livssyn.

Vi tilbyr tilsvarende kurs til andre deler av offentligheten, f.eks. politidirektoratet og Nav. Tilsvarende tilbud kunne blitt utvidet til andre institusjoner og organer, men det har åpenbart ressursbegrensninger (vi har i skrivende stund to ansatte som jobber med dette i deler av sin stilling, hvorav en er prosjektstilling). Det bør derfor etterstrebtes at lederne for de store enhetene blir kurset og sikrer god kompetanseheving for alle medarbeidere. Hele organisasjonen må se fordelene ved dette da det styrker kvaliteten på tjenestene de gir.

#### **3.2: Samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tros- og livssynssamfunn**

Tittelen ovenfor er tittelen på en veileder som vi i STL utviklet sammen med Norges Kristne råd, Den norske kirke ved Kirkerådet og Helsedirektoratet i 2009. Den er [tilgjengelig på våre hjemmesider her](#).

Veilederen gir en introduksjon til helsepersonell og samler aktuelle lover, forskrifter, rundskriv, offentlige føringer og veiledninger. Vi har ambisjoner om å få heftet oppdatert og ytterligere spredd og brukt. Erfaringen hittil er dessverre at den ikke brukes av helsepersonell og at det ikke er et tema det gis opplæring i.

Likevel er tilbakemeldingen fra våre tros- og livssynssamfunn at den brukes hyppig i veiledning av deres medlemmer og i kommunikasjon med helsemyndigheter. En slik tekst som oppsummerer relevante styringsdokumenter og forklarer det lettfattelig og praktisk er svært nyttig, men kan med fordel utbedres og lages flere av ved behov.

#### 4: Avslutning

Vi takker igjen for muligheten til å sende disse innspillene, og bidrar gjerne til øvrige innspill og samarbeid i det videre arbeidet med handlingsplanen.

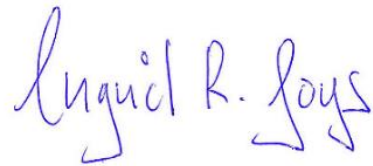
Det viktigste for oss er å bidra til å øke oppmerksomheten om at tjenestemottagere har sentrale rettigheter knyttet til tro og livssyn, og at relaterte ønsker og behov øker i tråd med mangfoldet. Derfor er spesielt kompetanscheving særlig viktig.

Med vennlig hilsen,

Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn v/



Trond Enger  
styreleder



Ingrid Rosendorf Joys  
generalsekretær