



# Religion, vård och omsorg

Magdalena Nordin  
och Tobias Schölin (2010)



# Innehållsförteckning

KAPITEL 1: Om kultur, vård och omsorg.....	5
När mångfalden möter vården och vården mångfalden.....	5
Mångkulturell vård och omsorg: när grupper skymmer individer .....	7
Reflexiv kulturell vård och omsorg .....	12
Reflektion över vårdtagarens önskemål och behov .....	13
Reflektion över grupp och individ .....	14
Reflektion över gränssättning .....	14
Reflektion över erfarenhetsbaserad kunskap.....	15
KAPITEL 2: Kultur och religion: komplexa och mångtydiga begrepp .....	16
Att förstå kultur .....	16
Vad avses med kultur .....	16
Kultur i praktiken.....	18
Religion som en form av kultur.....	19
Organiserad eller icke-organiserad religion .....	19
Individens religiositet .....	20
Religion, grupp och individ .....	21
Religion, kultur eller tradition .....	21
Sekularisering.....	22
Religiös självvård .....	23
Andliga omvårdnadsteorier .....	24
KAPITEL 3: Grupp eller inte grupp?.....	26
Grupper, en självklar, men svår problematik .....	26
Grupp, eller när är en grupp en grupp?.....	27
Grupp som klassifikation och kategori .....	30
När kategorin inte stämmer: om stereotyper och fördomar .....	31
Kategorier som identitet.....	32
Etnicitet, genus, ålder och sjukdom – grupp och individ? .....	33
Etnicitet.....	33
Genus .....	35
Ålder .....	35
Sjukdom.....	36
Grupp eller individ i den praktiserade vården .....	37
KAPITEL 4 Religiösa och andliga behov inom vård och omsorg.....	38
Inledning.....	38
Önskan om religion: religionsbundet eller allmänreligiositet.....	39
Vad: om den religiösa praktiken .....	40
Ritualer.....	40
Samtal .....	44
Religiösa seder.....	46
Hur behoven kan tillgodoses .....	47
När behövs religionen? .....	48
Vem efterfrågas.....	50
Varför det finns ett behov av religion.....	52
Religionen som det enda .....	52
Religion som hjälp och tröst .....	54
Förtroendekapital .....	57
Som ”sällskap” eller sjukvårdersättande .....	58
Avslutning .....	60

KAPITEL 5: Ett sammelsurium av aktörer .....	62
Inledning.....	62
Vård- och omsorgsinrättningarna .....	63
Andaktsrum .....	66
Fördjupning: Att arbeta med religiösa omvårdnad på ett sjukhus.....	67
De religiösa samfunden .....	68
Bakgrund .....	68
Skillnader i resurser .....	69
Samfundsöverskridande arbete .....	73
Svårigheter .....	75
Patienten själv .....	76
De anhöriga och vänner .....	78
I samband med döden .....	81
Ännu fler aktörer .....	82
Om sammelsuriet i praktiken .....	85
När de religiösa samfunden står för sjukvård och omvårdnad.....	86
Ett sammelsurium kräver reflexivitet .....	87
KAPITEL 6: Att tillgodose religiösa andliga behov inom vård och omsorg .....	90
Inledning.....	90
Gruppförvirring.....	91
Vad kan man egentligen veta? .....	93
Missförståndens problematik .....	96
Att inte tillgodose behoven .....	97
Om religion och osäkerhet.....	99
Religiös/andlig omvårdnad och profession .....	100
”Religionsalibin” i vården.....	102
Ett sekulariserat samhälle och religion i vården.....	103
Religion som störande och hindrande .....	107
Pragmatiska lösningar .....	109
KAPITEL 7: Reflexiv kulturell vård och omsorg.....	113
När vårdtagarens önskemål och behov ställs i centrum .....	114
När grupp och individ problematiseras .....	115
När gränser ifrågasätts .....	118
När erfarenheter värderas .....	119
LITTERATUR.....	120

# KAPITEL 1:

## Om kultur, vård och omsorg

### När mångfalden möter vården och vården mångfalden

Tänk dig att du arbetar i vården på, låt oss säga en onkologavdelning. Tänk dig att du under en längre tid vårdat en person med irakisk bakgrund och eftersom personen i fråga, på grund av sin sjukdom och sin diagnos, befunnit sig en längre tid på avdelningen har lärt känna honom och hans närstående förhållandevis väl. Patientens sjukdom har varit allvarlig, men ändå under kontroll, men plötsligt har hans allmäntillstånd blivit sämre, mycket sämre. Plötsligt avlider mannen med de anhöriga närvarande. Dessa chockas naturligtvis svårt av händelsen. Tänk dig att hans anhöriga kräver att patienten ska begravas inom 24 timmar. Tänk dig att rummet snart fylls av gråterskor. Tänk dig att svärsonen insisterar på obduktion, medan frun insisterar på det motsatta. Vilken betydelse har kultur och religion? Vem ska göra vad?

Eller tänk dig att du arbetar i sjukvården och att dina patienter börjar kräva speciella saker. De vill ha specialbehandling och specialmat. De vill inte träffa manlig sjukhuspersonal, eller de vill endast träffa manlig sjukvårdspersonal, eller de vill finna plats för att kunna utföra religiösa ritualer t.ex. bön. Vad ska du göra och vad ska du inte göra?

Är du själv ateist eller tvivlare? Tänk dig att du blir sjuk, att du får en allvarlig diagnos. Plötsligt blir det verkligt för dig att du kanske inte kommer överleva din nästa födelsedag. Oavsett att du under hela ditt liv betraktat dig som ateist eller tvivlare så skapar sjukdomserfarenheten en slags förvirring, ångest och existentiella tankar, som du behöver dela med någon. Tänk dig att du ligger i en sjukhussal och att sjukvården förmedlar kontakt med en kurator som inte lyckas leva upp till ditt behov av existentiella samtal. Eller tänk dig till och med att du trots att du är ateist, på grund av sjukdomen och den ovissa framtiden, känner ett reellt religiöst och andligt behov. Att du känner ett behov av att prata med en religiös företrädare och kanske genomföra en religiös handling, men att ingen frågar. Hur ska sjukvårdspersonalen kunna veta och var går gränserna för din personliga integritet?

Eller tänk dig att du är religiöst praktiserande och att du råkar blir så pass allvarligt sjuk att du inte orkar eller kan kommunicera dina religiösa och andliga behov. Tänk dig att du aldrig får frågan om du vill prata med en religiös representant. Tänk dig att du inte får frågan, eftersom svenskar ju inte är religiösa. Eller tänk dig att du har turkisk bakgrund, men att du är ateist, och att du under dina sjukhusvistelser ofta får frågan om ditt **religiösa och andliga behov, för att du ju "är" muslim. Hur vet man vem som är religiös?** Hur mycket eller hur lite religion ska få finnas i sjukvården?

Slutligen, tänk dig följande scenario. En familj med muslimsk bakgrund kommer in till en förlossningsavdelning långt innan det egentliga förlossningsdatumet. Förlossningen är svår och komplicerad och barnet måste få specialistvård på en neonatalavdelning. Efter dryga två veckors specialistvård avlider det för tidigt födda barnet. Tänk dig att familjen bemöts med kommentarer som: **"Vi förstår er situation, men ni muslimer vill ju att..."** Tänk dig att detta inte alls stämmer överens med familjens egentliga önskemål. Hur ska man bemöta olika grupper? Hur vet man vad som är vad, vem som är vad? istället

De ovan givna exemplen kan vara den vardag som personer vilka arbetar inom vård och omsorg befinner sig i eller den sjukdomssituation som du eller jag kan hamna i, och det finns i dessa situationer en mångfald av kulturella aspekter och frågor att ta ställning till. Dessa frågor är än mer aktuella i tider när begrepp så som valfrihet i vården upprepas likt mantran av politiker. I denna bok kommer du dock inte få några svar på exakt hur du ska göra i ovanstående exempel, istället argumenterar vi i boken för ett mer reflexivt förhållningssätt för kulturens betydelse inom vård och omsorg. Utan att ge entydiga svar på hur man skall göra i dessa situationer är det övergripande syftet med denna bok att problematisera och visa på komplexiteten i att arbeta med dessa frågor inom vård och omsorg. Avsikten är inte att försöka ge enkla svar och metoder för att arbeta med människor med olika kulturell eller religiös bakgrund, utan vill vi lyfta fram behovet av reflektion och erfarenhet. Och istället för att utgå från existerande idéer om mångkulturell vård så vill vi problematisera de grundläggande antagandena om denna vårdform och samtidigt argumentera för behovet av ökad reflektion, något vi valt att benämna reflexiv kulturell vård och omsorg. Det är inte så att vi har något emot mot varken idéerna eller praktiken av mångkulturell vård, det är snarare så att bedrivandet av så kallad mångkulturell vård många gånger framstår som så enkelt, som för enkelt, vilket kan innebära att vårdtagaren inte alls får den vård hon eller han efterfrågar. Så istället för att utgå från normlösningar och universella metoder ger vi i denna bok röst åt berättelser från människor som kan tänkas efterfråga mångkulturell vård.

Frågor som vi resonerar kring i boken är: Vad innebär det egentligen att skapa service som grundar sig i mångkultur? Vad innebär kultur och kan det vara kopplat till både grupp och individ? Hur förhåller sig grupp respektive individ till kultur? Och en avgörande fråga: Vad avses med *kultur* i den mångkulturella vården?

I boken vill vi alltså visa att frågan om kulturers betydelse i och för vård och omsorg är en mycket mångtydig och ibland även en förvirrad historia. Den är likt en gåta, fast utan svar. Vi vill med boken synliggöra gåtan och dess komplexitet och visa att det inte finns *ett* svar, utan flera, vilka kan uppnås genom en ökad reflexiv hållning. För att kunna göra detta menar vi att det är de individer som får och skall få denna form av vård som behöver komma till tals. Det är genom vård- och omsorgstagares olika perspektiv och erfarenheter som komplexiteten framkommer tydligast. I denna bok kommer vi att problematisera den vanligt förekommande förståelsen av mångkulturell vård. Istället för att utgå från retoriken om att mångfald och mångkulturell omvårdnad skall erbjudas, så utgår vi från de önskemål om vård och omsorg som finns bland vård- och omsorgstagare. Genom boken vill skapa en ökad förståelse inför hur människor som fått och får vård och omsorg i allmänhet och kulturspecifik vård och omsorg i synnerhet upplever detta.

För att synliggöra kultur har vi valt att studera en specifik kulturell aspekt, nämligen religion.<sup>1</sup> Valet av religion som en kulturyttring beror på att den ofta är tydlig och relativt **lätt att ”upptäcka”**, och många gånger har stor relevans för människor, Detta beror i sin tur på att religion ofta är nära kopplad till specifika riter, symboler, normer och levnadsregler (McGuire 2008). En tredje anledning till valet av religion som en kulturyttring värd att studera i relation till vård och omsorg är att för religiösa människor är religionen ofta av avgörande betydelse för alla aspekter av livet och nära kopplad till frågor om livets mening och döden, områden som ofta aktualiseras i samband sjukdom och vårdbehov (Geels & Wikström 2006). Dessutom är det så att även om Sverige upplevs vara ett land där religionen inte har en speciellt stor betydelse så uppger ca hälften av Sveriges befolkning att de tror på Gud.<sup>2</sup> Detta innebär att man inom vård och omsorg inte kan utgå från att religion inte har relevans för vårdtagaren, utan utgångspunkten bör nog vara den motsatta nämligen att religion har relevans för individen.

## Mångkulturell vård och omsorg: när grupper skymmer individer

Inom vård och omsorg har under en tid ett sätt att förhålla sig till ett alltmer mångkulturellt samhälle varit att erbjuda patienter och omsorgstagare mångkulturell vård. Man har velat att vården och omsorgen skall anpassas till de förändrade

---

<sup>1</sup> Att religion kan förstås som en kulturyttring, dvs. något som skapas, upprätthålls och förändras av människor är de flesta överens om, men det finns självklart andra sätt att förstå religion på. Ett exempel på ett sådant perspektiv är att förstå religion som ett fenomen som existerar i sig och som inte går att förstå om man inte är en del av det. Det handlar istället om inre upplevelser och känslor som inte låter sig förklaras (se vidare Krogseth 2009, Geels & Wikström 2006, Eliade 1986). Eftersom dessa perspektiv på religion ligger utanför bokens ramar kommer vi inte närmare att gå in på dem utan hänvisar till fortsatt läsning i de ovan nämnda referenserna.

<sup>2</sup> I världen totalt räknar man med att ca 90% av alla människor identifierar sig med någon religion.

omständigheterna när det gäller invånarnas kulturella bakgrund. I äldreomsorgsplaner kan man t.ex. finna formuleringar om att den palliativa vården ska utformas utifrån ett etniskt, religiöst och kulturellt helhetsperspektiv, vilket innebär att alla vårdtagare ska känna att den palliativa vården är anpassad efter var och ens individuella önskemål och behov. Vidare kan det föreslås att äldre med annan kulturell och språklig bakgrund än den svenska bör kunna få sina behov av service och omvårdnad tillgodosedda genom att personal med samma bakgrund finns i personalgrupperna. I sådana planer kan det även finnas formuleringar som kan tolkas som att organisationen efterfrågar ”kulturkompetens”. **Andra former av policydokument som på olika sätt tar upp dessa frågor** är naturligtvis organisationernas jämställdhets- och mångfaldsplaner, vilka dock främst handlar om hur arbetsorganisationen ska hantera frågor om diskriminering och olikheter och enbart indirekt tar upp frågor om kultur och religion i sjukvårdsarbetet. Vidare finns olika former av etiska policydokument vilka direkt riktar sig till de olika professionella grupperingarna inom sjukvården. I dessa riktlinjer tas frågan om den ”goda” **professionella praktiken upp** i förhållande till individers rättigheter till exempelvis kultur och religion.

Grundtanken med den mångkulturella vården<sup>3</sup> är att individers hälsa främjas av kulturspecifik vård. Ett exempel på detta är följande citat från boken *Att åldras i främmande land*:

Idag finns det många äldre invandrare som besöker eller vårdas på någon form av institution – sjukhus, vårdhem eller liknande. Personalen på institutionerna saknar ofta de kunskaper om de äldre invandrarnas sociala, kulturella och religiösa bakgrund som är nödvändiga för att tillgodose deras behov på bästa sätt. (Melle 2006:4)

Citatet uttrycker på ett tydligt sätt drivkraften bakom, samt syftet med mångkulturell vård och omsorg: ett samband mellan hälsa och kultur, vilket leder till ett behov av olika sjukvårdsprofessionella verktyg för att hantera och bemöta olika kulturer. Under de senaste 20 åren har också antalet böcker som kopplar samman kultur och hälsa ökat markant. Detta är ett resultat av en ökad global migration, men det är också en reaktion mot och kritik av sjukvårdens oförmåga till helhetssyn. Den grundläggande idén är att olika kulturella grupper upplever eller kan uppleva hälsa och sjukdom på olika sätt varför det är viktigt att göra denna sammankoppling för sjukvården. Psykologen och folkhälsovetaren Malcolm MacLachlan (2006) menar exempelvis att sjukvården är fast i ett biomedicinskt tänkande och att det sker ett negligierande av kulturella förklaringar och orsaker. Det är med andra ord möjligt att se det ökade intresset för hälsa och kultur som en slags kritik mot den traditionella medicinska vetenskapens negligierande av kulturrelaterade spørsmål, en syn vilken kan frodas med tanke på att den traditionella medicinska forskningen ofta brukar bortse från forskning som inte kan bevisas alternativt falsifieras. Det är ju på så vis med de sociala och kulturella sidorna av den mänskliga tillvaron att de är svårare (dock naturligtvis inte omöjliga) att mäta, och att kultur avser

---

<sup>3</sup> Vi brukar termen mångkulturell vård som ett paraplybegrepp även innefattandes termer som exempelvis transkulturell vård och omsorg, kulturbaserad/kulturkongruent omvårdnad, kultursensitivitet, kulturkompetens, andlig omvårdnad etc.



det meningsfulla i vår tillvaro, vilket naturligtvis kan skifta från individ till individ, samhälle till samhälle etc. Det är dessa poänger som MacLachlan (2006) menar är drivkrafterna bakom det ökade intresset för hälsa och kultur. Det finns ett ökat intresse men även ett ifrågasättande av det traditionella biomedicinska synsättet inom såväl medicinsk forskning, som inom humanistisk och samhällsvetenskaplig dito. Dessa tankegångar grundar sig i att sjukvården måste se bortom de medicinska aspekter av sjukdom, att så att säga se den roll som såväl kultur eller religion och andlighet kan ha för att skapa "friskhet". Ett liknande argument för sociologen Fereshteh Ahmadi (2008) fram i sin diskussion om kulturers roll i samband med sjukdomar. Ahmadi menar att det är av vikt att sjukvårdspersonalen tillägnar sig kunskaper om kultur och religion för att på allvar kunna säkerställa att olika grupper får de bästa möjligheterna att motverka ohälsa. Det kan handla om att sjukvården måste kunna se olika kulturella traditioners roll i skapandet av ohälsa, och traditioners betydelse för vad som ses som ett bra bemötande och hur tillit mellan den professionella och patienten kan ske. Liknande tankegångar presenteras i antologin *Kulturen och hälsan* där sambandet mellan kultur och hälsa diskuteras ur ett brett perspektiv (Bjursell & Vahlne 2008). I nämnda antologi, där kultur verkligen definieras brett (som innefattandes allt från musik och konst till kultur som olika grupper), diskuteras och poängteras, med olika empiriska exempel, att kultur är centralt i skapandet av hälsa och motverkandet av ohälsa. Detta exemplifieras med bland annat att ha tillgång till konst eller andliga samtal under en sjukhusvistelse. Den generella slutsatsen som dras är att man för att kunna ge vård- och omsorgstagaren den bästa vården måste ta hänsyn till dennes kultur och eftersom dagens samhälle präglas av en alltmer mångkulturell sammansättning är det av vikt att veta om och ta hänsyn till olika individers olika kultur.

För att kunna ge vård- och omsorgstagaren en kulturanpassad vård har det under de senaste decennierna uppstått ett flertal olika ämnesdiscipliner inom vårdområdet som berör detta. Ett sådant är området transkulturell omvårdnad, ett perspektiv inom omvårdnads- och vårdvetenskapen. I detta område görs ett grundläggande antagande, nämligen att de professionella sjuksköterskorna måste ta hänsyn till kultur i sitt yrkesutövande. Detta är dock inget nytt fenomen; tankegången har rötter ända tillbaks till Florence Nightingales tankar om kulturens betydelse i omvårdnadspraktikerna. Hon skall exempelvis ha uttryckt att "The women who teach in India must know the language, the religions, the superstitions and customs of the women to be taught" (i Wilkins 1993). Den samtida nestorn inom det mångkulturella vårdperspektivet är antropologen och omvårdnadsteoretikern Madeleine Leininger. Leininger diskuterar mångkulturell vård och omsorg med begreppet transkulturell omvårdnad, vilket går ut på att skapa omvårdnad med respekt för varje individ. Men detta är enbart den övergripande betydelsen av termen för, som vi kommer visa nedan, ett resonemang att individ tillhör en väl avgränsad och även given kultur. Den så kallade individualiteten i Leiningers teoretiska modell handlar om att anpassa omvårdnad till den unika individens kulturellt betingade värderingar och övertygelser (Leininger 2004, 2002).

Med detta som bakgrund har Leininger utvecklat teorin om kulturbaserad omvårdnad, "the Theory of Cultural Care". Teorins syfte är att å ena sidan se universella värden, å andra sidan att se till individuella värden kopplade till kultur och detta skall vara ett hjälpmedel för sjuksköterskor att bemöta och behandla människor med olika kulturell

bakgrund. Om än förenklat är idén att sjuksköterskan genom att arbeta med kulturbaserad vård och omsorg ska kunna hjälpa patienten att såväl förebygga sjukdom, som att skapa ett effektivt tillfrisknande för patienten. Ovan nämnda teori beskrivs ytterligare i den ”soluppgångsmodell” som Leininger utvecklat. Modellen beskriver ett antal individuella aspekter vilka tillsammans skapar den kulturbaserade omvårdnaden. Tanken är att sjuksköterskan i praktiken ska använda dessa olika delar i bemötandet av patienten och på så vis tydligt artikulera kulturens betydelse i det professionella arbetet. I modellen skisseras ett större antal aspekter av kultur så som världsbild, teknologi, religion och filosofi (tillhörighet), släktskap, kulturellt betingade värderingar, politik och juridik (värderingar), ekonomi (status), utbildning (status), språk och etno-historia (språk och etnicitet). Tanken är att den professionelle i samtliga patientmöten ska försäkra sig om att alla dessa aspekter tillgodoses. Leininger tar senare även in två ytterligare aspekter i den professionella analysen av patientens behov: naturlig och professionell omvårdnad. Den förra avser folkmedicin och allmänna huskurer, medan den senare avser de erfarenhetsbaserade professionellt accepterade och utövade kunskaper som används i det professionella arbetet i vårdens olika institutioner. Idén är att den professionelle i sitt arbete hela tiden måste balansera mellan dessa två olika omvårdnadsformer, naturlig och professionell, och se till att klyftan dem emellan inte blir för stor. Utifrån dessa olika aspekter ser Leininger möjligheten att skapa olika professionella handlings- och omvårdnadsstrategier vilka samtliga bottnar i föreställningen om att vård- och omsorgstagare tillhör en given kultur (Leininger 2004, 2002). Det finns en intressant dualitet i Leiningers teori. Å ena sidan avser den att artikulera individualiteten, å andra sidan betonar den en given kultur. Grundtanken är med andra ord att sjuksköterskan, i den bästa av världar, ska balansera mellan att se individen och dennes behov och att kunna utläsa, förstå och bemöta olika gruppers specifika och skiftande behov. Men här inställer sig en del oklarheter, som de olika exempel vi inledde denna bok med, som man som vård- och omsorgsgivare bör uppmärksamma, t.ex. vem som definierar vad kultur är och vem som tillhör denna kultur? Vad bestämmer en kulturell tillhörighet och hur konstitueras denna? Hur vet man om en individ tillhör en kultur och hur vet man om denna kulturtillhörighet har betydelse för individen i en vård- och omsorgskontext? Frågor som dessa behöver vårdgivaren ställa sig för att på bästa sätt kunna möta vårdtagarens individuella behov och vårdtagarens (eventuella) kulturspecifika behov, det vill säga behov som bygger på tillhörighet till en grupp, och inte är unika för denna individ. Så innan man fullt ut kan tillämpa mångkulturell vård (om man nu ska det?) så behöver man reda ut dessa frågor. Vi menar att en av de främsta frågorna att ställa sig när det gäller tillämpningen av mångkulturell vård är följande: Vilken koppling finns mellan individen och grupper? eftersom det är detta som gör att idén om mångkulturell vård skiljer sig från ”vanlig” individanpassad vård.

De olika idéerna som kan kategoriseras som mångkulturell vård och omsorg bygger alltså på tanken och antagandet att den professionella praktiken måste förändras från ett undvikande av kulturfrågor (inkluderat etniska och religiösa aspekter) till ett tydligt artikulering av desamma. Kärnan i olika mångkulturella vårdmodeller är att de visar på behovet av att den vårdprofessionelle (exempelvis sjuksköterskan, men resonemanget kan naturligtvis också gälla samtliga professioner inom vård och omsorgssektorn) ska förhålla sig till kultur i det praktiska vårdmötet. Det kan vara en problemfri praktik, men eftersom

gruppbegreppet inte ifrågasätts utan snarare tas för givet, riskerar modellen resultera i att det till syvende och sist är grupper som bemöts och inte individer. För att tydliggöra att kultur inte endast är kopplat till grupper har vi därmed, som den uppmärksamme läsaren redan noterat, valt att ta bort prefixet ”mång” från det förhållningssätt till denna vårdform som vi i denna bok förespråkar, nämligen reflexiv kulturell vård och omsorg. Detta eftersom ”mång” underförstått ofta kopplas till ett samhälle bestående av olika avgränsade kulturella *grupper* och inte till enskilda individers kulturer, vilket vi menar försvårar möjligheten att ge adekvat kulturell vård.

Inom litteraturen om mångkulturell vård och omsorg finns alltså en tendens att tala om *gruppers* behov och vikten av att bemöta grupper enligt deras egna traditioner, religioner, kulturer etc. Det talas exempelvis om romer, muslimer, Jehovas vittnen, invandrapatienter, kristna, ortodoxa kristna, judar eller svenskar. Ett sådant exempel är boken *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle* (Hanssen 1998), vilken vänder sig till studenter inom omvårdnad och som skrivits med inspiration från bland annat Leiningers idéer. I denna presenteras olika gruppers olika behov av vård och omsorg, men eftersom gruppfenomenet inte närmare diskuteras framstår presentationen av de olika ”grupperna” som oklara. I boken beskrivs olika patientgrupper endast som kulturella grupper och inte som grupper av människor med olika sjukdom exempelvis cancerpatienter, dialyspatienter eller liknande som man kan tycka borde ligga närmare till hands i en bok som vänder sig till studenter inom vård och omsorg. En av de grupper som boken behandlar är muslimska patienter som ju kan ha vilken nationell och etnisk bakgrund som helst. En annan grupp är vietnamesiska patienter samtidigt som gruppen ”latinamerikanska patienter” också finns med. När det gäller de latinamerikanske patienterna så handlar det egentligen om chilenska sådana, vilket förklaras med följande: ”...man kan inte ge en samlad beskrivning av mer än 300 miljoner latinamerikaners behov. Därför gör jag en avgränsning i det här kapitlet och koncentrerar mig på Chile och chilenska flyktingar i Skandinavien” (Hansen 1998:137). I resterande kapitel beskrivs dock dessa som latinamerikaner och Hansen för fram att för dessa gäller bland annat att:

- ...man hjälper varandra inom släkten (s. 138),
- ...familjen vanligtvis är patriarkaliskt uppbyggd och att de inbördes relationerna präglas av strikt hierarki (s. 138),
- ...tid har en annan betydelse för latinamerikaner än skandinaver (s. 140),
- ...omvårdnadsåtgärderna inte skiljer sig från skandinaviska patienter (s. 144)

Frågor som kan resas i dessa sammanhang är om det är möjligt att tala om en latinamerikansk grupp, det vill säga att alla latinamerikaner skulle ha samma kulturella traditioner och önskemål? En annan fråga man kan ställa sig är om den chilenska gruppen i Skandinavien verkligen är representativ för alla latinamerikaner? Dessa exempel tydliggör komplexiteten när kultur eller religion diskuteras var för sig eller gemensamt utan närmre diskussion och problematisering av vad som avses med grupp. Ett annat exempel på den grupprelaterade problematiken visar sig i en bok om vårdetik i ett mångkulturellt samhälle (Barbosa da Silva & Ljungkvist 2007). I boken argumenteras för ett behov av en holistisk vårdetik. Idén bakom denna vårdetik är att sjukvården måste se hela människan och inte enbart de biomedicinska aspekterna (dessa antaganden

bottnar i diskussionen om kultur och hälsa, vilket diskuterades tidigare i kapitlet) och att detta i förlängningen kan leda till att skapa förutsättningar för en tvärkulturell etik och kulturdialog. Det problematiska med dessa idéer blir tydliga i det praktiska arbetet, det vill säga när den sjukvårdsprofessionella ska reda ut vilken kulturell grupp en patient tillhör och vad denna (eventuellt) har för betydelse för denne. Det är i detta sammanhang viktigt att gruppdefinitionerna modifieras så att inte forskare eller exempelvis sjuksköterskor för att förenkla en komplex verklighet *skapar* nya grupper så som ”invandrapatienter” och ”äldre invandrare”, vilket man gör i boken, och när gruppen är skapad skall den också bemötas på ett speciellt sätt. Vad som sker när vi skapar en grupp enligt ovanstående logik är att vi samtidigt gör den verklig och som en följd av detta ska t.ex. gruppen ”invandrapatienter” eller latinamerikanska patienter bemötas på ett speciellt sätt. De är ju en grupp och som grupp kan de ha liknande önskemål. Kontentan är med andra ord att det finns en uppenbar risk att det snarast är grupper som bemöts, inte individer. Det är mot denna bakgrund som boken har sitt motiv. Boken grundar sig på vård- och omsorgstagarens önskemål och behov. Det huvudsakliga syftet är dels att problematisera och reflektera behovet av religion och mångkulturell vård, dels att visa på komplexiteten i relationen mellan individ och grupp.

## Reflexiv kulturell vård och omsorg

Med boken vill vi ge grunden till en reflexiv förståelse av mångkulturell vård. Därför skiljer sig denna bok från andra studier av området. Gemensamt för dessa andra böcker är att begreppen som används inte tydligt definieras, det vill säga att läsaren egentligen inte får veta vad som avses med ett ”kulturell helhetsperspektiv” eller ”kulturkompetens”. Att begreppen inte definieras skapar i förlängningen problem för de som praktiskt ska utföra arbetet. Det skapas osäkerhet inför vad som förväntas göras och hur och som en följd av detta skapas en efterfrågan av handböcker och konkret kunskap om ”det mångkulturella”, om kulturkompetens etc. Även högskolor och universitet tar upp och behandlar det mångkulturella i forskning och läromedel om dessa frågor. Vissa begrepp importeras mer eller mindre direkt från andra länder till svenska förhållanden, utan större reflektion kring hur förståelsen av olika begrepp kan skifta dem emellan. Den mångkulturella vården och omsorgen förstås i dessa böcker utifrån ett flertal olika begrepp såsom sensitivitet, transkulturell omvårdnad eller exempelvis andlig omvårdnad, men i dessa texter finns en bristande reflektion över komplexiteten i vårdformen. Med denna bok vill vi lyfta fram denna komplexitet.

En annan grundläggande utgångspunkt för denna bok är att vi argumenterar för ett behov av att hela tiden pröva, ompröva, reflektera och förhandla kring nästan allt med avseende på ”den mångkulturella vården” oavsett om religion, kultur eller etnicitet står i fokus. Det är med andra ord vår övertygelse att det är just denna form av reflexion som är central i tider då valfrihet och mångfald är rådande ideal. Annars finns risk att de gränssättningar, och den komplexitet som uppkommer i arbetet blir förbisedda och det är möjligt att missuppfatta betydelsen av exempelvis religion i en viss situation. Med reflektion avser vi dock inte det vanliga tänkandet eller grubblandet utan snarare ett ytterst målinriktat och påtagligt resonerande och medvetet tillbakablickande där syftet

dels är att försöka förstå vad som sker, dels att skapa en distansering från existerande tankemönster och att utveckla nya lösningar. Att i praktiken kunna ha ett reflexivt förhållningssätt kan verka abstrakt och svårhanterbart, därför kan några grundläggande frågor vara till hjälp för att lösa upp det mångtydiga. Genom att ställa sig frågorna *vad*, *var*, *när*, *vem*, *hur* och *varför*, kan motiven bakom olika skeenden och situationer tydliggöras.<sup>4</sup> Med *vad* avses att besvara frågan om vad som skett och hänt, vad som pågår eller vilka tankar som tänks etc. Att ställa frågan om *var* något skett, innebär att undersöka vad situationen och kontexten för handlingen är. Man behöver också ställa sig frågan om *när* något sker: Vad är det som lett fram till det som sker? Behöver det ske vid detta tillfälle? *Vem-frågan* avser att besvara frågan om vilka som är inblandade i det som skett, att reflektera över vilka deras roller är. Genom att reflektera över *hur* något sker kan vi få svar om med vilka medel handlingar handling besvaras och om det är möjligt att genomföra vid detta tillfälle. Med *varför-frågan* kan motivet bakom en handling tydliggöras, genom att det går att få klarhet i varför något sker och över vad aktörerna exempelvis vill ha. Dessa fem frågor är var och en för sig av förhållandevis enkel karaktär. Därför är det viktigt att poängtera att det framförallt är i relation till varandra och när de kombineras med varandra som de blir till ett effektivt medel för att skapa reflexivitet. Vi vill betona att vi ser på reflektionen som ett medel som öppnar upp för en bredare och mer inkluderande tolkning av olika verksamheter och situationer, och att detta kan leda till att vi kan skapa nya förståelser av situationer, av oss själva samt av förgivettagna antaganden. I boken kommer vi framförallt betona nedanstående förhållningssätt för att kunna pröva, ompröva och reflektera över hur man kan förhålla sig till de kulturella aspekterna av vården.

## Reflektion över vårdtagarens önskemål och behov

För att kunna synliggöra ovan nämnda komplexitet med den mångkulturella vårdformen menar vi att det är de som får vård som behöver komma till tals. Det är genom vård- och omsorgstagares erfarenheter som komplexiteten och mångtydigheten framkommer tydligast. Det är genom dessa erfarenheter vi kan problematisera *hur* och *varför* olika behov finns och *vad* dessa innebär. I boken utgår vi därför från intervjuer med vårdtagare om deras erfarenheter av vård och omsorg kopplat till religion som ju är den aspekt av kultur som vi valt att fokusera på.<sup>5</sup> Vi har gjort detta för att vård- och omsorgstagares erfarenheter sällan lyfts fram i de ovan nämnda modellerna och antaganden om mångkulturell vård. Vi har även talat med anhöriga och intervjuat ett flertal religiösa representanter från olika samfund så som Svenska kyrkan, Katolska kyrkan, Serbisk ortodoxa kyrkan, Rumänsk ortodoxa kyrkan, pingströrelsen, Svenska Missionskyrkan, den judiska församlingen, muslimska församlingar, buddhistiska församlingar och Jehovas vittnen. Dessa har fått berätta om sina erfarenheter av att arbeta med religiösa spörsmål inom vård och omsorg och hur de upplever patienters önskemål om religion

---

<sup>4</sup> Resonemanget kommer från litteraturvetaren och filosofen Kenneth Burke (Burke 1945).

<sup>5</sup> Intervjuerna ingick i forskningsstudie som genomfördes av oss under 2009.

inom denna kontext.<sup>6</sup> En del av dessa har också egna erfarenheter som patienter. De som intervjuats i studien har valts för att de har erfarenheter av religion i vården. Detta innebär att informanterna inte kan ses som representativa för befolkningen som helhet, inom vård och omsorg finns naturligtvis människor som inte har någon religiös anknytning. Att välja bort människor som inte har någon tydligt uttryckt religiös anknytning innebär naturligtvis att det finns en risk för att framstår som att behovet av religion är större än vad de faktiskt är. Dock visar intervjuerna att det finns ett religiöst behov som verksamheter inom vård och omsorg inte kan förbises oavsett om detta gäller alla eller delar av en befolkning.

## Reflektion över grupp och individ

Som konsekvens av att vilja begripliggöra komplexa problematiker reduceras - som vi lyft fram i kapitlet - ofta grupper inom det mångkulturella vårdperspektivet till väl avgränsbara fenomen. De definieras som tydliga och väl avgränsade enheter. Det är med andra ord centralt att reflektera över *vem* den man möter är och inte utgå från förutfattade meningar eller föreställningar om grupp eller individ. Till exempel så framställs islam ofta som varande *ett* utan hänsyn till kultur och tradition med resultatet att muslimer framställs som en mer eller mindre enhetlig grupp, och chilenska patienter i Skandinavien kan komma att få representera hela den sydamerikanska populationen. Det finns, menar vi, en risk att ett artikulert grupptänkande kan leda till att individens önskemål skymms, vilket leder fram till att en central fråga för boken är att diskutera och problematisera hur grupper skapas och om man kan urskilja gruppsspecifika vårdbehov. Istället för att utgå från att grupper existerar som fasta och väl avgränsade entiteter, utgår **vi från individen, vilket också är orsaken till att vi valt att lyfta bort prefixet "många" från det förhållningssätt till den kulturella vård som vi förespråkar.** Vi menar också att det som en följd av detta är mer relevant att lyfta fram individens behov, vilket är bokens perspektiv, än att studera vårdgivarens mål av att erbjuda mångkulturell vård, något som många gånger varit fokus i andra studier om mångkulturell vård.

## Reflektion över gränssättning

Eftersom vi i boken har valt att utgå från individer och inte grupper, får det till följd att frågan om gränssättning blir mer komplex. Genom ett individperspektiv blir svaren på **frågor som "vilka är vi" och "vem är jag" inte lika entydiga eller självklara. Svaren kan helt enkelt bero på vem man frågar, det vill säga om det är en individs egen uppfattning om en grupp eller en utomstående uppfattning om densamma.** Detta gör också att även situationen, med andra ord *var* det sker, får en större betydelse eftersom det är individens egen erfarenhet och tolkning av situationen som är utgångspunkten. Genom att utgå från

---

<sup>6</sup> Några av dessa har också arbetat inom vården och denna aspekt har också tagits i beaktande även om boken syfte främst var att lyfta fram vård- och omsorgstagarens perspektiv.

individens erfarenheter blir gränsen mellan individ och grupp mer komplex och detta kan skifta beroende på individen och sammanhanget, men också i relation till *varför* det sker.

## Reflektion över erfarenhetsbaserad kunskap

Ofta refereras det till att kunskap kan skapas genom erfarenhet, genom att vi skapar praktiker genom att öva på dem, att vi gör genom att lära genom andra, eller att vi kan skapa något genom att vi blir påverkade av någon annan. Men för att få erfarenheter av något behöver vi också erfara detsamma, vi måste förnimma det som sker genom våra sinnen. Det vi vill poängtera är att de resonemang och reflektioner som återfinns i denna bok har sin grund hos människor med egen erfarenhet av sjukvård och omsorg. Det finns hos dessa en kontakt mellan exempelvis vård- och omsorgsverksamheter, med livet som helhet och med stora eller mindre händelser som påverkar dem. Vi försöker med andra ord visa aspekter av *vad, var, vem, hur* och *varför* genom att basera våra diskussioner på deras erfarenheter. Att kunna skapa kunskap genom människors erfarenheter, att exempelvis kunna visa grupprelaterade komplexiteter, kräver lyhördhet och med boken vill vi ge läsaren en möjlighet att träna upp detta genom att låta dessa människor komma till tals.

## KAPITEL 2: Kultur och religion: komplexa och mångtydiga begrepp

### Att förstå kultur

Inom omsorg och sjukvård finns alltså en idé om att erbjuda mångkulturell vård. Men för att kunna erbjuda en adekvat sådan vård är det, av vikt att sätta sig in i och försöka förstå vad som avses med detta. En person som arbetar inom vården behöver reflektera över vad denna vårdform egentligen innebär, det som är viktigt är att klargöra vad som menas med *kultur*. Vad är det som skall ges i olika former (-mång)? Vad menar vi när vi talar om kultur? För om vi inte vet detta hur skall vi kunna erbjuda mångkulturell vård? Det finns även en till frågeställning att förhålla sig till: hur vet vi vilken kultur patienten har? För det är ju hans eller hennes kultur som skall tas hänsyn till i den vård som ges. Låt oss dock först försöka reda ut hur man kan förstå begreppet kultur.

### Vad avses med kultur

Inom samhällsvetenskaperna har begreppet kultur alltid haft en betydelsefull plats och det finns hundratals (om inte tusentals) olika definitioner på begreppet. Detta visar att det är ett viktigt begrepp, men visar också att det är ett begrepp som är svårt att fånga. Det som **gör begreppet komplicerat är att det inte handlar om något som "finns" som en objektiv realitet**, som t.ex. en stol eller ett äpple. Istället handlar det om något mer abstrakt och konstruerat. Det handlar om ett begrepp som försöker förklara den mänskliga tillvaron. Låt oss ta några av dessa definitioner av kultur och se närmare på vad de innebär. Kultur



kan i den enklaste meningen betyda att odla, att bruka jord. Man talar ibland om kulturlandskap, det vill säga ett landskap som är uppodlat och inte lever vilt utan människans påverkan. Kultur kan också i en bred betydelse avse allt mänskligt tänkande och handlande som inte endast sker utifrån biologiska reflexer. Det innebär att allt vi gör som inte är en direkt biologisk reflex är inlärt och görs på ett sätt som det förväntas av oss bland de människor där vi befinner oss, det vill säga inom den kultur vi lever. En person som lyfte fram detta var den tyske filosofen Johann Gottfried Herder (1744-1803) som menade att alla folk, även de som under Herders livstid **betecknades som ”vildar”, har kultur**, men att det samtidigt inte går att tala om *en* enhetlig kultur. Kultur kan också syfta på att vara kultiverad och bildad. Här är det en markör på att man vet mer eller något annat än andra människor. Kulturbegreppet kan även innefatta estetik och konstnärliga uttryck.

Det vetenskapliga ämnet antropologi handlar om människan och hennes sociala handlande och ämnet socialantropologi handlar om studiet av just kulturer. Inom dessa ämnen har begreppet följaktligen också djupgående behandlats. En av den tidiga antropologins förgrundsgestalter Edward Burnett Tylor menade redan 1871 att kultur avsåg alla komplexiteter och inkluderar häri exempelvis kunskap, tro, konst, lagar, moral, seder, traditioner och vanor. Dessa anskaffar sig medlemmarna i ett samhälle. Definitionen tar ett helhetsperspektiv genom att den omfattar sociala, andliga och materiella dimensioner av mänskligt liv. Denna definition ser kultur som ett socio-kulturellt system. Fokus är på vad som sker mellan människor, det vill säga vad de har gemensamt som gör att de är del av ett samhälle. En annan antropologisk kulturförståelse är att betrakta kultur som ett ideationellt system, vilket består av delade idéer, trossatser, betydelser, normer etc. Genom detta sätt att förstå kulturbegreppet läggs fokus på, dvs. det inlärdade och delade kunskapssystem, som ligger bakom och styr mänskligt handlande. Ett tredje sätt att definiera kultur är att betrakta det som delad mening. Antropologen Clifford Geertz definierar kultur som:

...an historically transmitted pattern of meanings embodied in symbols, a system of inherited conceptions expressed in symbolic forms by means of which men communicate, perpetuate, and develop their knowledge about and attitudes toward life <sup>7</sup>(1973:89).

Vad som gör Geertzs kulturdefinition så intressant är att han lägger fokus på delade symbolsystem genom vilka grupper kan kommunicera och utveckla sina verklighetsuppfattningar och hur detta sker över tid. I denna tappning består kultur av diverse ideationella aspekter, som delas av ett flertal människor varför man kan dra slutsatsen att kultur är socialt snarare än personligt, men det visar också på språkets betydelse i detta. Språket är av vikt för att förstå kultur eftersom det är detta som

---

<sup>7</sup> Ett genom historien vidarebefordrat betydelsemönster, förkroppsligat i symboler, ett system av nedärvda begrepp uttryckta i symbolisk form, genom vilka människor kommunicerar, bevarar och utvecklar sina kunskaper och attityder till livet.

förmedlar ett folks gemensamma erfarenheter och uppfattningar om världen (Geertz 1973). Geertz (2000:16) myntade exempelvis uttrycket: ”Who they think they are, what they think they are doing, and to what end they think they are doing it?”, som tydligt poängterar kärnan i hans kulturdefinition.

Till alla dessa olika sätt att förstå kultur kan en annan viktig skiljelinje läggas, nämligen huruvida kultur bäst förstår i termer av *essens* eller *konstruktion*. Som *essens* avses att kultur är välavgränsat och oföränderligt som en individ är bärare av. Det är dock något som individen ”får” och delar med andra genom t.ex. blodsband och släktskap eller som skapat genom socialisation<sup>8</sup>, men tanken är att det har ett innehåll och finns. En annan mer samtida förståelse av kultur är den processuella konstruktionistiska. Där förstås kultur inte som en enhetlig och väl avgränsbar entitet, utan som sociala *processer*. Kultur är i detta fall något som *görs*, som skapas. Det finns inte någon absolut gräns mellan olika kulturer; det är snarare på så vis att vi hela tiden tillägnar oss olika kulturella meningsskapande uttryck och skapar en oändlig mängd kombinationer av dessa. Det som är av intresse är hur dessa processer ser ut och vilken funktion de har för individer, grupper och samhällen (Jenkins 2008).

## Kultur i praktiken

Vad man måste komma ihåg när det gäller att förstå kulturbegreppet oavsett vilken definition man ger det, är att det skapas, upprätthålls och förändras av människor. Kultur kan inte existera frikopplat från oss människor. Vi är alla bärare och skapare av inte bara en kultur, utan av flera och dessa förändras över tid. Kulturer är dessutom beroende av var man befinner sig och varför man befinner sig där. Kulturerna vi gör kan i vissa situationer inte ha betydelse, undermarkeras eller döljas för att i andra situationer lyftas fram som mycket viktiga eller vid extrema situationer som helt avgörande. Dessa processer blir exempelvis tydliga när vi reser och möter människor med andra traditioner och kulturella vanor. I mötet tydliggörs skillnader och likheter, varpå konflikter och missuppfattningar kan uppstå. Ett annat exempel kan vara kulturella uttryck i samband med dödsfall, där det för anhöriga blir mycket viktigt att begravningen sker utifrån specifika seder som man inte menar sig alls kunna kompromissa om, medan kulturella uttryck i form av t.ex. mat eller kläder många gånger genomgår snabba förändringar som man snarare upplever eftersträvansvärda än hotfulla. Så här sammanfattar sociologerna Rolf Lindskog och Fuat Deniz hur vi bör förstå kultur:

Alla kulturer förändras, de påverkas av det sammanhang de finns i och av sina medlemmar. Inom varje kultur finns därför en betydande variation, även om det ofta är så att deras talesmän, mediabilder och allmänhetens uppfattningar ofta vill fixera en kultur till något väldigt enhetligt och tydligt avgränsat. (Lindskog & Deniz 2009)

---

<sup>8</sup> Införlivandet av omgivningens normer, regler, värderingar, traditioner, kulturella uttryck etc.

Denna uppfattning av kultur som ”enhetligt och tydligt avgränsat” finner man också inom tanken med mångkulturell vård och där det genom att det finns en praktik kopplat till detta kan bli problematiskt.

## Religion som en form av kultur

Som vi tog upp i det inledande kapitlet så behandlar vi i boken en specifik kulturell aspekt, nämligen religion och det finns flera orsaker till att vi gjort ett sådant val. Det handlar om att religion är ett kulturfenomen som ofta är tydligt och relativt synligt. Till religion hör också många gånger artikulerade och specifika riter, symboler, normer och levnadsregler (McGuire 2008). Den tredje orsaken är att religion många gånger aktualiseras i samband sjukdom och vårdbehov och den fjärde orsaken är att de allra flesta människor i Sverige – och i världen i övrigt – på ett eller annat sätt har en relation till religion.

## Organiserad eller icke-organiserad religion

För att förstå vad som avses med religion kan man tänka sig begreppet utifrån olika grad av *organisering*: allt från att vara en individs privata tro på något bortomvärldsligt (en låg grad av organisering), till olika religioner (en hög grad av organisering). Pluralformen ”religioner” används för att beteckna organiserad religiös tro som är kopplad till t.ex. dogmer, ritualer, traditioner, texter (urkunder som Bibeln och Koranen), byggnader (som synagogor och kyrkor), ledarskap (som imamer, munkar, präster och pastorer) och historiska processer som flera människor ställer sig bakom. Klassiska exempel på religioner är kristendom, islam och judendom, men hit kan också Jehovas vittnen och scientologer höra. Dessa religioner kan sedan i sin tur vara organiserade i olika samfund. Exempelvis inom religionen kristendom räknar man med att det finns ca 20 000 olika samfundsriktningar så som Katolska kyrkan, protestantiska samfund, ortodoxa kyrkor, österländska kyrkor, lutherska kyrkor, baptistkyrkor, pingströrelsen och frälsningsarmén. Dessa samfund är i sin tur många gånger organiserade i olika församlingar och intresseområden. Vi kan också tänka oss religion som ett fenomen med en låg grad av organisering, det vill säga som något som hör samman med en tro på något bortomvärldsligt, något som förklarar det som inte vetenskapligt går att förklara och som skapar mening med livet och döden, men där det inte finns någon organiserad grupp eller institution. Här är det fråga om att religion kopplas till det överempiriska och som ger svar på existentiella frågor, men dessa svar behöver nödvändigtvis inte vara kopplade till organiserad religion, det vill säga religioner, även om de många gånger är det. Till det allmänna fenomenet religion brukar man koppla spiritualitet och andlighet. Ofta tänker man sig religion i denna form som något frivilligt och positivt, medan den organiserade formen av religion, religioner, är något som ofta, många gånger oförtjänt, kopplas samman med maktutövning och tvång och upplevs som mer negativt. Denna syn på religioner bortser många gånger från den upplevelse av delad kultur som meningsskapande och på förståelsen av kultur som något som människan själv skapar och

omskapar i en mer processuell konstruktionistisk kulturförståelse. Istället ses religioner som något oföränderligt som finns i sig, dvs. en mer essentialistisk kulturförståelse.

## Individens religiositet

Vi kan också tänka oss religion utifrån ett individperspektiv, vilket ju också är ett av bokens utgångspunkter. En enskild individ kan upprätthålla en religiös tolkning av livet och till döden. Denna tolkning kan ha mer eller mindre betydelse för individen, och aktualiseras eller ha liten betydelse beroende på var i livet individen befinner sig. Den religiösa tolkning individen gör av tillvaron kan vara kopplad till olika religioner, men kan också var friställd från religioner och förstås mer som en allmän spiritualitet eller andlighet. Detta rör de olika graderna av religiös organisering som togs upp i stycket ovan. Dessutom är det fullt möjligt för individen att göra både religionskopplade tolkningar såväl som mer friställda egna andliga tolkningar av tillvaron. Individens religion utgörs av både religionsbundna aspekter och av mer individuella religiösa, andliga aspekter.

Man brukar benämna denna individuella förståelse av religion som religiositet, det vill säga att en individ upprätthåller en religiositet. Till denna religiositet hör också praktiska aspekter. En person kan upprätthålla en religiös tro utan att denna tillämpas, men för många innebär den religiösa livstolkningen också praktiska handlingar och ritualer. Dessa handlingar kan vara meditation, bön, läsa eller lyssna på religiösa urkunder eller andra texter och deltagande i förrättningar så som dop eller vigsel, fira nattvard, gudstjänstdeltagande eller bikt.

Den religiösa tron innebär också för en religiös människa ett förhållningssätt som styr hur man lever sitt liv och ger förklaringar till varför man gör eller inte gör vissa saker. En av religionernas funktion är att ge sådana förklaringar till människor om hur de skall leva och dessa förklaringar finns ofta nedskrivna och delas av andra. Detta är en av orsakerna till att vi i boken valde att studera religion som en kulturyttring. Dessa normer för hur man skall leva finns ofta tydligt förklarade och som en följd av detta får de många gånger också tydliga praktiska konsekvenser, exempelvis i vårdsituationer. Det man behöver ha i åtanke är att den religiösa praktiken inte alltid behöver vara kopplad till en religiös tro. Att tillhöra ett religiöst samfund, delta i gudstjänst, fira religiösa högtider eller delta religiösa ceremonier som en vigsel eller ett dop behöver inte vara en avspeglning av individens religiösa tro. Många gånger har handlingar och traditioner med ett religiöst ursprung ingen eller mycket svag koppling till religion för den utövande individen. Det kan också vara så att dessa handlingar under vissa livssituationer har en svag koppling till religion, men att de i andra situationer har en mycket nära religiös livstolkande funktion. Ett sådant exempel i en vårdsituation kan vara dop. För föräldrar till ett nyfött barn som inte kommer att överleva har ett nöddop sannolikt en annan funktion än om barnet skulle ha döpts som en fullt frisk tre månaders baby.

Individens religiositet är också, liksom kultur, nära sammankopplat till andra människor. En individs tolkningar av tillvaron är något som hon eller han socialiserats till. En person lär av andra och existerar genom andra och därför förhåller hon sig till andra. Hon kan dela andras tro och som en följd av detta uppleva sig tillhöra en religiös

grupp eller en religion. Men hon kan också ha vuxit upp och socialiserats in i en tillvaro utan religion. Detta innebär dock inte att hon som vuxen inte kan komma att bli religiös och dela sin tro med andra människor. Man brukar mena att för att en religiös livstolkning av tillvaron - och för den del all livstolkning av tillvaron - skall upplevas som meningsfull och rimlig (plausibel) så bör individen ha andra omkring sig som delar det hon eller han tror på. Finns där ingen annan som också tror och lever som individen gör så blir det med tiden svårt för individen att uppleva den egna tron som rimlig (McGuire, 2008; Berger & Luckmann, 1985 (1966)). Man kan göra en - visserligen kanske trivial men ändå tydlig - jämförelse med att man tycker att den jacka man har på sig är grön medan alla i ens omgivning hävdar att den är grå. Då är det med tiden inte meningsfullt att fortsätta att betrakta den som grön eftersom ingen annan förstår vad man menar.

## Religion, grupp och individ

Ett annat av bokens syften är att problematisera förståelsen av gruppbegreppet när det gäller det mångkulturella vårdperspektivet. Vi har tidigare visat att detta i hög grad hör samman med religion som en form av gruppdefinition där exempelvis islam många gånger får framstå som en grupp. För det första kan vi konstatera att olika religioner svårligen kan ses som varande ett och samma. Det finns en mångfald av olika religiösa organisationer kopplade till olika religioner. Dessa är dessutom influerade av den kontext de befinner sig i och de kulturer och traditioner som finns i denna kontext. Men man måste också ha i åtanke att graden av påverkan från det omgivande samhället ser olika ut för olika religiösa samfund. Mer slutna religiösa grupperingar påverkas ofta i mindre grad än mer öppna, men även den religiösa gruppens storlek och status (t.ex. om man är i majoritet eller i minoritet) kan kopplas till hur inflytandet från kulturer och traditioner i det omgivande samhället påverkar de religiösa organisationerna.

Även den enskilde individens koppling till olika religiösa grupper varierar. Tillhörigheten till en religion kan, i likhet med kulturell tillhörighet, vara tydlig och upplevas av individen som total, men den kan också vara mer vag och innefatta få aspekter av vad religionerna står för. Det kan vara en självvald tillhörighet, men kan också vara något som andra tillskriver personen. Tillhörigheten kan skifta beroende på situationen och är även kopplad till andra grupptillhörigheter som individen upprätthåller så som genus/kön, etnicitet och ålder, och till funktionshinder eller sjukdom (McGuire, 2008; Furseth & Repstad, 2005). Så kan upplevelsen och betydelsen av den religiösa tillhörigheten för t.ex. en ung kristen kvinna från Libanon med en livshotande sjukdom skilja sig mycket från betydelsen för en äldre kristen man från Sverige som är fullt frisk.

## Religion, kultur eller tradition

Det är också viktigt att vara medveten om att det är mycket svårt att dra gränser mellan kulturyttringar kopplade till religion och andra kulturyttringar. Många av de traditioner som vi upprätthåller har sprungit ur religioner, men har med tiden för många tappat denna koppling. Även om man vet att en tradition har ett religiöst ursprung, så behöver

den för individen som upprätthåller den inte alls vara kopplad till religion. Det är dessutom ofta svårt att veta om en tradition eller sedvänja verkligen är religiös eller har en religiös legitimitet. Detta hör samman med att religioner inte är för alltid givet och oföränderligt, utan i likhet med kultur, något som skapas, upprätthålls och förändras av människor. Alltså är det också människor som tolkar de religiösa texter och levnadsregler som finns inom religioner och avgör om en handling eller norm är att betrakta som religiös eller inte. Detta innebär att något som för en individ upplevs ha en djup religiös betydelse för en annan individ kan tolkas som helt friställd från religion.

Vad som dock skiljer religion från andra kulturyttringar är att normer och handlingar kopplade till religion ofta tillmäts större vikt. För personer med en religiös tillhörighet är detta ofta fallet. Religionen är för dessa något som man inte vill göra avkall på och som i en vårdkontext, där frågor om livets mening ofta aktualiseras, kan få en mycket stor betydelse. Traditioner som midsommarfirande och glögg till lucia är för en religiös person troligtvis lättare att avstå från än undvikande av griskött och tvagning innan bön. Dessutom finns det ett juridiskt stöd för religionernas suveränitet i den svenska grundlagen och Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.<sup>9</sup> Detta innebär att en person har en laglig rätt att praktisera sin religion, men att detta samtidigt inte får inskränka på andra personers rättigheter och annan lagstiftning. Någon liknande lagstiftning för rätten att utöva sin kultur eller traditioner finns inte (Karlsson & Svanberg 1997). I Sverige har dock hitintills aldrig religionsfrihetslagstiftningen åberopats vid något rättsfall.

## Sekularisering

En annan fråga kopplat till religion som är av vikt att beakta är sekularisering. Sekularisering är ett begrepp som kan ges flera olika betydelser, men övergripande kan den förstås som religiösa förändringar som leder till minskande religion i samhället. Denna minskning av religion i samhället kan bestå i att där sker en åtskillnad mellan staten och de religiösa samfundet. De religiösa samfundet är skilda från staten och staten baserar inte lagar, politik, sjukvård eller utbildning på religion, utan är neutral i trosfrågor. Ett *sekulärt* samhälle är ett samhälle där statskicket inte är religiöst konstruerat. I ett sådant samhälle sekulariseras den statliga och offentliga sfären genom att religionen inte längre är det som konstituerar landet. Sekularisering kan också bestå i att fler och fler ickereligiösa samhällsområden i allt mindre utsträckning präglas av religion. Detta får som följd att man i allt högre grad finner religion endast de organisationer som har detta som sin primära funktion. Det får också till följd att de religiösa organisationer som finns i allt högre grad blir endast religiösa sådana med minskande inverkan på det resterande samhället. Sådana exempel är t.ex. sjukvården och utbildningen som tidigare i historien bedrevs av de religiösa organisationerna, men som nu främst är statliga och kommunala angelägenheter. Alltså finner man religiösa inslag i

---

<sup>9</sup> Svensk grundlag 2 kapitel 1§ Grundläggande fri och rättigheter och Artikel 9 i Europa konventionen, ”Tankefrihet, samvetsfrihet och religionsfrihet”.

dessa verksamheter i lägre utsträckning än tidigare och man får vända sig till de religiösa organisationerna för att tillgodose religiösa önskemål och behov. En tredje förståelse av sekularisering hör samman med att allt färre människor är religiösa. Det rör sig alltså om individens religiositet. Detta kan som framkom ovan kopplas till olika aspekter av religiositeten. En individ kan vara troende men inte tillhöra ett samfund, men det kan mycket väl vara tvärtom. I Sverige finner man i hög grad den senare formen av detta, dvs. att fler människor är att betrakta som icketroende, än som tillhör ett religiöst samfund. Att individer blir alltmer religiösa i ett sekulariserat samhälle hör nära samman med de två ovan presenterade aspekterna av sekularisering. Om det omgivande samhället blir alltmer icke-religiöst så minskar det religiösa inflytandet på den enskilde individen och hon eller han får det svårare att upprätthålla sin religiositet. Sambandet är dock mer komplext än så. Man menar till exempel att i ett alltmer sekulariserat samhälle där det i det offentliga livet alltmindre ges religiösa förklaringar till tillvaron söker sig människor till religiösa organisationer. De religiösa organisationernas funktion i ett sekulariserat samhälle kommer att mer fokuserat enbart handla om det religiösa, vilket kan upplevas som mer attraktivt av människor med religiösa behov (Furseth & Repstad 2005; Bruce 2002).

Vi kan också i enlighet med sociologen Sommerville betrakta sekularisering från olika perspektiv. För det första kan det beskrivas från ett strukturellt perspektiv, att olika aspekter i samhället blir mer och mer specialiserade och åtskilda från varandra. För det andra hur enskilda institutioner kan förvandlas från att vara religiösa, till att bli sekulära (exempelvis skolor). För det tredje kan det avse olika aktiviteter, dvs. hur det sekulära samhället övertar visst ansvar från exempelvis kyrkor (exempelvis socialt arbete). För det fjärde kan det avse förändrade mentaliteter, exempelvis att individer i sekulära samhällen tenderar att ha ett större här-och-nu-fokus och inte någon djupare reflektion över vad som händer efter döden. För det femte kan det avse hur hela befolkningar tenderar att bli mindre religiösa (Sommerville 1998).

## Religiös själavård

En aspekt av religion som vi menar har betydelse för att förstå religion kopplad till teorier om mångkulturell vård är själavård. Själavård är ett förhållningssätt inom det religiösa området som handlar om *vård* av själen och ligger nära vård- och omsorgsperspektiv. Inom de flesta religioner tänker man sig att människan inte endast är uppbyggd av en fysisk kropp, utan att hon även har en själ. Själen eller anden är inte det samma som den mer fysiologiska förståelsen att människan har ett psyke, men dessa två hör nära samman eftersom det handlar om immateriella företeelser det vill säga sådant som vi ej kan uppfatta med våra sinnen eller empiriskt visa på. När det gäller själavården inkluderas dock ofta också psyket i det vårdande arbete som sker. Själavård skiljer sig från psykologisk terapi inte endast genom att man inkluderar själen i det vårdande arbetet, utan på ett flertal andra sätt. Den kanske mest avgörande skillnaden är att själavården kan erbjuda människor tydliga tolkningar och förklaringar till vad som sker utifrån de olika religionernas förståelse av tillvaron. Religionerna kan erbjuda tolkningsramar till individen som ligger utanför henne själv. Religionspsykologen Ove Wikström definierar

själavård som ”den andliga omsorg som formellt eller informellt utövas utifrån en religiös tro” (Geels & Wikström 2006:268). Inom alla religioner finns själavårdande inslag där man mår om individens välbefinnande både utifrån ett allmänt hälsotillstånd och en specifik religiös och själslig stabilitet och trygghet. Medlet för denna själavård är att lyssna och samtala, vilket ju också är fallet med allmänpsykologin, men när det gäller själavård också genom förböner, bikt samt råd och förslag utifrån religiösa förklaringsmodeller på hur man skall uppnå välbefinnande. Den religiösa själavården har under senare tid influerats av och inorporerat mycket från den kliniska psykologin samtidigt som man inom den kliniska psykologin har börjat närma sig den religiösa själavården. Det senare har ofta varit fallet inom palliativ vård och omsorg, men även inom omsorgsområdet tvärkulturell psykiatri (Geels & Wikström 2006:270). När det gäller själavården har denna ofta olika funktion och betydelse för individer vid olika skeenden i en vårdkontext. Vid en akut kris fungerar själavården ofta som en ”avstjälningsplats” för vårdtagaren där själavårdarens funktion blir att lyssna. Genom de religiösa representanternas absoluta tystnadsplikt, juridisk sådan såväl som etisk/moralisk, kan vårdtagaren helt öppna sig för personen i fråga varpå tystnadsplikten fungera som en katalysator. Själavårdaren får i detta läge ofta stå för ett ställföreträdande hopp. Vid andra faser i en sjukdomsprocess kan själavården ge vårdtagaren möjlighet att hitta förklaringar till situationen. Det som händer kan därför upplevas som mindre slumpartat och kan sättas in i ett större sammanhang. De religiösa ritualerna som själavårdaren kan erbjuda kan också skapa en struktur och en trygghet för vårdtagaren i en tillvaro som kan upplevas som oförklarlig.

## Andliga omvårdnadsteorier

Näraliggande till den religiösa själavården ligger det sjukvårdsprofessionella andliga perspektivet, vilket också syftar till att skapa omsorg om människans andliga välbefinnande. Detta perspektiv syftar till att vara ett hjälpmedel för sjuksköterskan att upptäcka patienters andliga behov och vi skall kort gå igenom vad som avses med detta eftersom det så nära anknyter till religion men ändå inte riktigt hör dit. Flera av dessa andliga teorier är möjliga att koppla till kristna traditioner, men har främst kopplingar till olika filosofiska inriktningar.

Omvårdnadsforskaren Kathy Eriksson (1997) menar att vården grundas i vad som benämns som processer av ansande, lekande och lärande. Genom ansning kan kroppsligt välbehag och renlighet skapas, vilken präglas av värme, beröring och tillfredsställelse av de mest grundläggande behoven. Leken skapar tillit och välbefinnande, men ger även möjlighet för kreativa uttryck. Lärandet sägs leda till utveckling, självständighet och självförverkligande. Sammantaget kan dessa processer, enligt Eriksson (1997) beskrivas i termer av tro, hopp och kärlek, tre meningsbärande komponenter för god vård. Teorier om andlig omvårdnad görs på basis av antagandet att människan består av såväl kropp, som själ, som ande och att alla människor i grunden är religiösa varelser – bejakat eller icke-bejakat (Sivonen 2000). Omvårdnadsprofessionella har ju att förhålla sig till hälsa, vilket Eriksson (1997) beskriver som betraktandet av kropp, själ och ande som en helhet. I Erikssons omvårdnadsteoretiska bygge har människan (självet) utvecklat relationer till såväl andra människor som till abstrakta andra (Gud). Enligt de andliga



omvårdnadsteorierna består självet av kropp, själ och ande. Kroppen är den aspekt som konkret är i kontakt med andra människor. Själen består av dels en andlig, dels en psykisk dimension. Dessa aspekter utgör kontaktpasen mellan människa och abstrakta andra, Gud. Hela detta omvårdnadsteoretiska teoribygge är skapat för att se hela människans behov för att skapa optimala hälsförutsättningar. Det är således enligt denna teori inte möjligt att skapa god hälsa genom att enbart se till fysio-psyko-sociala behov.

En annan omvårdnadsteoretiker som artikulert andlig omvårdnadsteori är Watson (1985, 1993). Denna gång bygger teorin på en existentialistisk-humanistisk grund och många tankar är hämtade från österländsk filosofi i så mån att grundtanken är att människans andliga sida är en central dimension. I detta tänkande är människan att betrakta som en hel, icke delbar enhet. Watson ser omvårdnaden som en mellanmänsklig process med andliga dimensioner (Watson 1985, 1993). Det gemensamma och primära syftet med andliga aspekter av omvårdnad är att den sjukvårdsprofessionelle bör se till patientens andliga behov, men att dessa andliga behov inte kopplas till specifika religioner eller till religion överhuvudtaget.

Sammantaget kan konstateras med idéhistorikern Otto Krogseths ord att ”kultur og religion är hyperkomplekse, vanskelige definerbare, overlappende og tett integrerte størrelser” (2009:45). Vi menar att det är viktigt att ta med sig den förståelsen när man vill tillämpa eller förhålla sig till kultur, vård och omsorg, det vill säga att man behöver vara medveten om och förhålla sig reflexivt till den komplexitet som finns när det gäller att förstå vad som avses med kultur och religion.

# KAPITEL 3:

## Grupp eller inte grupp?

Grupper, en självklar, men svår problematik

Grupp (franska *groupe*, ytterst av italienska *gruppo* 'skara', 'hop', 'grupp', 'underavdelning'), inom samhälls- och beteendevetenskap individer som har något gemensamt. Oftast avses individer som samverkar och har bestämda relationer till varandra. *Primärgrupper* är små och relationerna är personliga, t.ex. familjen, vännerna, arbetslaget. *Sekundärgrupper* är större och individerna behöver inte ha personliga kontakter eller känna varandra, t.ex. en fackförening. De utgör en grupp på grund av gemensamma målsättningar och normer, eller på grund av likartad social position.

I citatet ovan beskrivs grupp som en samling människor som har något gemensamt, som samverkar och har förutbestämda relationer med varandra. Är alla svenskar en grupp? Eller alla kristna eller muslimer? Eller skåningar? När finns grupper, eller finns egentligen **grupper? Inom den litteratur vi inledningsvis valt att kalla för ”mångkulturell vård och omsorg” finns en tendens att tala om grupperns behov och vikten av att bemöta grupper** enligt deras egna traditioner, religioner, kulturer etc. Det talas exempelvis om romer, muslimer, Jehovas vittnen, invandrapatienter, kristna, ortodoxa kristna, judar eller svenskar som existerande och mer eller mindre givna grupper (se kapitel 1).

Den grundläggande poängen vi vill lägga fram i denna bok och med begreppet reflexiv kulturell vård och omsorg är att problematisera hur vi vet att grupper är grupper och att grupper existerar? Vidare kan ett flertal frågor resas; vad är egentligen skillnaden mellan de ovan nämnda grupperna? Vad har de gemensamt och vad skiljer dem åt? Närliggande frågor handlar om vad en grupp egentligen är och om det ens är möjligt att tala om grupper? Dessa exempel pekar med andra ord tydligt ut en komplex problematik som är

värd att uppehålla sig extra vid; nämligen vad en grupp egentligen är och hur en grupp blir till och hur medlemskap i grupper upprätthålls? I en än vidare bemärkelse handlar problematiken å ena sidan om relationen mellan individ och grupp och å andra sidan om mänsklighetens behov av att kategorisera. Ett exempel på dessa grupp-kategoriseringar nämndes redan i bokens inledning när Madeleine Leiningers så kallade soluppgångsmodell beskrevs. Den modell Leiningers har utvecklat är naturligtvis tänkt att utgöra ett hjälpmedel för sjuksköterskor att få en bild av det sammanlagda antalet delar som kan inverka på omsorg. Modellen visar ju dels hur olika kulturella fenomen påverkar kulturrelaterad omsorg, dels hur olika begrepp, exempelvis verklighetsuppfattning, teknologi eller religion, de facto kan påverka detsamma. Tanken med modellen är att den ska kunna brukas av professionella i vården som en metod för att utforska teorin om transkulturell omvårdnad i praktiken; det vill säga att skapa och utöva kulturöverensstämmande omvårdnad genom att den professionella sjuksköterskan ibland utövar kulturrelaterat bevarande, anpassning och omformning (Leininger, 1995). Men hur sker detta i praktiken, vad är grupp och vad är kategori? Den övergripande problematiken vi kommer behandla i detta kapitel är de antaganden som den mångkulturella vården och omsorgen vilar på, det vill säga om grupper existerar eller om grupper snarast är att betrakta som imaginära.

## Grupp, eller när är en grupp en grupp?

Sociologen Rogers Brubaker (2004) som har intresserat sig för gruppbegreppet menar att det å ena sidan är ett verkligt grundläggande begrepp inom (samhälls)vetenskapen och å andra sidan att begreppet endast nyligen utsatts för fingranskning. Begreppet är, tydligt eller underförstått, centralt i studiet av allt från politik och ekonomi till frågor om kultur, religion och etnicitet. Även i ett vardagligt sammanhang är begreppet vanligt. Det är möjligt att påstå att alla grupper är viktiga för sina medlemmar och för hela samhället, samtidigt är det nog möjligt att påstå att vissa grupper är viktigare än andra. Sociologen Charles H. Cooley (1909) gav dessa viktiga grupper namnet primära grupper, att de är grupper som kännetecknas av verkligt intima relationer. Cooley (1909) identifierade tre olika former av primära grupper: familjen, barnlekgruppen och vuxenlivets grannskapsgrupper. Dessa grupper menar Cooley är universella, de existerar i nästan samtliga samhällen, och ger människor erfarenheter av sammanhållning och bidrar till utvecklingen av det sociala livet. I det samtida västerländska samhället är det snarare andra former av sekundära grupperingar som är centrala. Det finns dock otaliga definitioner av vad dessa sekundära grupper består av. Sociologerna Robert MacIver & Charles Page (1949) diskuterar dessa i termer av särskilda stora intresseorganisationer, medan sociologerna William Ogburn & Meyer Nimkoff (1947) talar om dem i termer av grupper som ger erfarenhet men som saknar intimitet. Ytterligare andra menar att de sekundära grupperna är större och mer formella och drivs av specialiserade direkta kontakter. De är med andra ord opersonliga och avtalsenliga och präglas av indirekta förbindelser. De är stora och kan avse allt från en stad eller en stat till ett politiskt parti eller en religiös organisation. Medlemskapet är ibland frivilligt, ibland ofrivilligt.

På ett sätt är det alltså möjligt att påstå att vi föds in i en grupp. Vi föds in i en familjegemenskap och vi blir medborgare i ett land vid födseln. Samtidigt är det möjligt att ifrågasätta vilka grupper detta egentligen avser och betecknar. Många av oss människor spenderar den första stunden var dag i en grupp; nämligen med familjen. Dock händer något intressant ganska snart efter det vardagliga uppvaknandet, nämligen att de enskilda gruppmedlemmarna (familjemedlemmarna) byter grupp exempelvis genom att någon åker till dagisgruppen, någon annan till skolklassen/gruppen och någon tredje till arbetsgruppen. På vägen mellan de olika nämnda grupperna befinner vi oss i ett slags mellanland. Vi är inte direkt i en grupp, samtidigt som vi är med i en organiserad tillvaro. Ett exempel på denna organiserade tillvaro är hur trafikens fungerar. Trafiken fungerar därför att det finns ett regelverk som reglerar hur och var vi får köra. Vi kan inte göra vad vi vill utan det finns en massa regler som styr vårt agerande. Trafikexemplet ovan avser ju ett uttryckligt och lagstyrt regelverk, samtidigt finns outtalade regelverk. Här åsyftas allt från lagar till outtalade regler och normer som styr oss, vilka kan vara kopplade till kultur. Vi åsyftar exempelvis föreställningar om svenskhet och svenskt beteende, vilket kan styra vårt agerande, men också hur vi uppfattar att andra, som inte lyckas leva upp till dessa regler beter sig. Genom denna enkla jämförelse kan de bli avvikande, det vill säga ickemedlemmar.

Med detta sagt tillbringar vi stora delar av våra liv i olika grupper, dock utan att fundera nämnvärt över vad som de facto konstituerar gruppen, dess regler för medlemskap, dess gränser etc. Exempelvis så är familjen också medlem i en större grupp, nämligen släkten. Här har vi ett exempel på en grupp som i vissa fall är tydlig men i andra fall är mer eller mindre ickebefintlig på grund av att det ej finns några sociala kontakter mellan olika familjer eller individer i släkten. Andra exempel på vardagliga gruppaktiviteter är när nationaldagar ska firas eller när vi presenterar vilka vi är. Presentationerna innehåller ofta information om tillhörighet till ett antal olika grupper: kön, social klass, etnicitet, nationalitet och yrke. Vissa grupper hålls för mer privata i vissa sammanhang; exempelvis religion.

Men vad är egentligen en grupp och när är en grupp en grupp? Den mest enkla definitionen av begreppet beskriver det som en grupp av individer som är samlade och/eller har någon form av enande relationer med varandra i enlighet med den definition som presenterats ovan. Nyckelordet i det första förslaget är att vara samlad. I detta fall är exempelvis en nation en grupp. Vi är samlade inom en nation med medborgarskapet som bevis på att vi verkligen tillhör den nationella gruppen. Samtidigt finns en komplicerande faktor, nämligen att en individ numer kan inneha såkallat dubbelt medborgarskap och med andra ord vara officiell medlem i två nationer samtidigt. Ett annat exempel är det om religion. I detta fall grupp dels avse alla kristna, muslimer, buddhister etc. men det kan även avse en mindre grupp kristna, exempelvis medlemmar i en enskild församling. Liknande problem avseende religion går att finna, där det på inga sätt är självklart vem som exempelvis är kristen eller muslim och vilka behov dessa ”grupper” har. **Detta artikulerar frågan om olika gruppers existens och de problematiker som uppstår avseende gruppens gränser och vilka regler för medlemskap som gruppen har (vilka är egentligen medlemmar och vad grundar sig medlemskapet i)?** Precis som att medborgarskap (som ju kan vara dubbelt) inte är en säker definition för att säkerställa medlemskapet i ett land, är epitetet muslim inte ett säkert begrepp för att utskissera en hel

grupps behov, en diskussion vilken fördes i föregående kapitel. Inom varje nation finns en lång rad medlemmar som inte är formella medlemmar, men som trots detta har vissa rättigheter, vilka liknar den fullvärdiga medlemmens (i Sverige får exempelvis ickemedborgare med uppehållstillstånd rösta i lokalval). Att prata om kultur eller religionsspecifika behov, exempelvis om *ett* kristet eller muslimskt eller för den delen svenskt behov är således omöjligt. Socialpsykologen Muzafer Sherif (1956) ger ett förslag på hur vi kan veta att en grupp är en grupp. Han menar att en grupp (han talar dock snarare om sociala enheter än om grupper) är en grupp om ett antal individer interagerar med varandra och har:

- Delade motiv och mål med vad de gör;
- Förhandlade, accepterbart utformade roller;
- Etablerade statusrelationer (social ranking);
- Delade normer och värderingar i relation till vad gruppen anser relevant och;
- Utvecklade sanktioner (beröm och straff) om och när normerna och värderingarna respekteras eller ifrågasätts/bryts.

Detta innebär att en grupp kräver någon form av gräns, grundtanken med att konstituera en grupp är att skapa en särskiljande gräns mellan de som omfattas av de enande relationerna och de som inte gör det. Om vi utgår från Sherifs definition av vad en grupp är så är det svårt att argumentera att exempelvis alla svenskar, alla kristna, alla muslimer, alla latinamerikaner etc. är medlemmar i samma grupp. Det är i sammanhanget möjligt att tala om svävande eller otydliga gränser; gränsen är inte absolut utan det är snarare möjligt för den enskilde att gå in och ut inom gruppen; det finns egentligen ingen regel för vad man ska göra som gruppmedlem. Ibland kan gruppproblematiken vara extra intrikat, till exempel när det enbart finns en huvudväg in i gruppen: juden behöver exempelvis ha en judisk moder. Gruppproblematiken kan även beskrivas på ett annat vis, det är inte säkert att en grupp religiösa exempelvis muslimer, hellre vill prata med en imam än en präst. De stora problemen avseende grupp uppstår när **”gruppers” gränser och regler för medlemskap tas för givet**. För att exemplifiera problemet med gruppers svårgreppbara gränser, vill vi lyfta fram tre komplexa scenarier För det första menar vi att **problem inom en ”grupp” driva** kan fram gränsöverskridande aktiviteter; kan leda till att gruppmedlemmar söker sig till nya grupper för att stilla sina behov. För det andra menar vi att det kan vara så att gruppbegreppet inte alltid är passande; gruppen och dess tydligt artikulerade gränser är en illusion, den finns enbart i vårt medvetande, för att vi har ett behov av att kategorisera omvärlden. För det tredje menar vi att det kan vara så att vi föredrar vissa grupper i vissa situationer. För vilka är de förhandlade rollerna, de etablerade statusrelationerna, de delade normerna och värderingarna i stora grupper som de nyss nämnda? Kanhända är gruppbegreppet snarare relevant för att diskutera små välavgränsade grupper där dessa fem punkter tydligt är uppfyllda?

## Grupp som klassifikation och kategori

Om grupp inte alltid är grupp, vilka begrepp kan då brukas för att förklara de(t) fenomen som vi refererar till som grupp? Brukbara begrepp för detta kan vara termerna klassifikation och kategori.

I allehanda situationer i vardagen, exempelvis när vi presenterar oss, är det som ovan skisserats möjligt att tala om allehanda grupper samtidigt som dessa grupper i själva verket inte är så tydligt avgränsade som vi vill tro. Om gruppbegreppet inte är passande, vad talat vi om när vi talar i termer av grupper? Sociologen Rogers Brubaker (2004) föreslår kategoribegreppet eller snarare verbet ”att kategorisera” som mer passande. Att kategorisera är en grundläggande mänsklig aktivitet. Etnologerna Billy Ehn och Orvar Löfgren (2001) menar att det helt enkelt skulle vara omöjligt att leva som sociala varelser utan att få kategorisera sin omvärld. Att kategorisera handlar om att ta fasta på *vissa* egenskaper och beteenden som vi uppfattar lika hos ett antal individer, och att placera olika företeelser eller beteenden i en kategori. Genom detta agerande reduceras komplexitet, varpå ett mer hanterbart underlag för agerande och antaganden skapas. Dock är det inte alla kategoriseringar som väcker uppmärksamhet. Kategoriseringar av objekt, såsom stolar, bord, sängar eller liknande uppfattas oftast som neutrala och okontroversiella, medan kategoriseringar av människor ofta har en mycket stark social laddning eftersom de kopplas samman med termen grupp. Problemet med att kategorisera människor som grupper har att göra med att det är möjligt att tala om två olika typer av grupper; ingrupper och utgrupper. Den förstnämnda avser de grupper vi själva är medlem i, där vi själva avgjort medlemskapet, det senare fallet avser de grupper vi placerar in andra i (Cornell & Hartman 1998; Stier 2003).

Vetskaper om gruppstillhörighet kan bäst skrivas i termer av föreställningar om grupper eller hur man med hjälp av kategoriseringsbegreppet gör grupper. Själva kategoriseringsprocessen är egentligen av rätt enkel natur; för att skapa ordning i vår tillvaro så skapar människor kategorier. Kategoriseringsprocessen kan därför beskrivas i termer av ett allmänmänskligt sorterande, vi skapar kategorier och sorterar människor i dessa för att skapa en känsla av ordning och kontroll. Dessa kategoriseringsprocesser kan också innebära att vi skapar grupper som blir till en etablerad sanning. Alltså, genom att placera olika individer i olika kategorier så kan grupper skapas i förlängningen. Genom ovan beskrivna process gör – men även använder vi – grupper. Detta är dock ingen konfliktfri process. När dessa kategoriseringar sker uppkommer ibland problem. I de fall när vi själva placerar oss i en speciell kategori så har vi också makt och kontroll att avgöra riktigheten i kategorivalet, det vill säga att vi har kontroll över självkategoriserandet. I andra fall blir vi offer för andra individers kategoriserande och vi tillskrivs medlemskap i kategorier vi själva inte vill tillhöra. I dessa fall finns en avsaknad av makten och kontrollen och andra gör oss till något vi själva inte uppfattar oss vara.

## När kategorin inte stämmer: om stereotyper och fördomar

Vi lämnar för en stund möjligheten att självkategorisera oss och övergår till den vidgade problematiken med att kategorisera och på så vis skapa föreställda grupper. I det ögonblick som vi kategoriserar andra, kopplar vi samman allehanda egenskaper med enskilda personer i kategorin som reella bärare av samma egenskaper.

Även om intentionen inte är att beskriva en grupps egenskaper och utmåla dem som varande på ena eller andra sättet blir dessa kategoriserande beskrivningar gärna stela och problematiska. När kategorier beskrivs av utomstående blir resultatet, även om intentionen inte är sådan, att kategorin blir för generell och missvisande. Detta är en av de huvudsakliga riskerna med den typ av litteratur vi i denna bok vill problematisera, det vill säga den gängse litteratur inom fältet mångkulturell vård som diskuterades i bokens inledningskapitel. Synonymen för de i inledningskapitlet beskrivna mångkulturella vårdpraktikerna är att stereotypisera individen eller gruppen (som ju egentligen är en kategori). På ett sätt är stereotypen är konsekvens av våra kategoriseringar av andra människor eftersom att vi brukar kategoriseringen för att förutsäga andra människors beteende etc. Precis som att kategoriseringen hjälper människor att sortera information och bearbeta en mångtydig omvärld fungerar stereotyper på ett liknande sätt. Såväl kategorin som stereotypen har också en funktion av att kunna hjälpa individer att skapa och upprätthålla positiva sociala identiteter.

En annan aspekt av stereotyp- och grupproblematiken är den om fördomar. Fördom kan definieras som en negativ attityd mot individer av en viss grupp bara för att denne tillhör eller anses tillhöra gruppen i fråga. Utifrån ordets ursprungliga betydelse är fördom en *dom före*, det vill säga att man bedömer och tänker om en individ eller grupp utifrån generaliseringar, fantasier, förutfattade meningar eller föreställningar. Socialpsykologen Gordon Allport (1954/1979) beskriver fördomar som antipatier som bygger på felaktiga och orubbliga generaliseringar. Liksom antipatin är fördomen förbundet med starka känslor som i sin tur leder till åsikter, ställningstagande etc. som riktas till en viss social kategori av människor eller företeelser. Till skillnad från förhandsuppfattningar är fördomarna grundade på föreställningar som inte går att korrigera, även om erfarenheten och information motsäger personens föreställning (Zandén 1993). Frågan är med andra ord vad man egentligen kan veta om olika grupper eftersom såväl individens som grupperns självbilder kan skapas från ett inifrånperspektiv såväl som från ett utifrånperspektiv? Det finns en uppenbar risk för skapandet av allehanda fördomar när en individ eller grupp beskrivs utifrån, när svaret på individens eller kollektivets egenskaper, egenheter, självbilder beskrivs av den eller dem som inte tillhör samma grupp eller kollektiv. Det finns en uppenbar risk att dessa beskrivningar uppfattas som varande verkliga och svårkorrigerade, eftersom de är den del av det vi tror att de (den andra individen eller gruppen) är.

## Kategorier som identitet

Avgörande för att förstå den mångkulturella världens både universella, individuella och gruppkopplande anspråk samt för att förstå begreppen kultur och religion är alltså kunskap om kopplingen mellan individen och gruppen. Ett sätt att förstå denna koppling är att studera en människas identitetskonstruktion. Identitet kan förstås som en individs uppfattning om vem hon är (och därför även om vilka andra är enligt principen att man gör sin identitet genom jämförelse med andra, alltså med vad man inte är). Identitetsbegreppet kan därför förstås som personlig identitet (självbild; självidentitet) och som kollektiv identitet (medlemskap i en viss grupp) (Sennett 1999; Bauman 2002; jfr Giddens 1999). Identitetsbegreppet kan även diskuteras i sig men även med olika prefix; som exempelvis social identitet eller kulturell identitet. Social identitet avser att identiteten görs i det sociala samspelet individer emellan genom de ovan nämnda tillskrivande och självtillskrivande praktikerna, att identitet kontinuerligt skapas i samspel/samverkan med individens omgivning. Som socialt fenomen är således identitet inte något en aktör är utan en konstruktion; resultatet av gränsskapande praktiker. Kulturell identitet avser den uppfattning som en individ har om så väl sig själv som bärare av ett kulturellt arv som tillhörigheten till en viss grupp (Jenkins 2008).

Genom att en aktör kan artikulera medlemskap skapas detsamma, det vill säga att individens medlemskap skapas och förstärks var gång denne talar om detsamma. Det finns en överbryggande logik mellan de individuella och kollektiva aspekterna av identitetsfrågan. Indelningen av identitetsbegreppet i en individuell del och en kollektiv del ska inte läsas bokstavligen och binärt. Att tala om självidentiteter innebär inte att tanken om kollektiv och grupper inte existerar. Att tala om självidentitet innebär inte att tala om individers plats i bundna grupper, utan istället om att analysera hur individer **relaterar sig till olika ”grupper”**; att se, förstå och förklara den oändliga variationen som ryms inom grupper och dessas koppling till individen. Individfokus handlar inte om att bojkotta grupper, utan istället om att öppna upp och i förlängningen se och förstå hur grupper konstitueras. Identiteter behöver inte bundna grupper utan fungerar snarare i och genom kategorier, scheman, identifikationer, delat språk och mening, institutioner, organisationer, nätverk etc. (Brubaker 2004). Självidentiteten har alltså en koppling till den kollektiva identiteten eftersom de är varandras förutsättning; självidentiteten skapas genom influenser från tolkningar av den kollektiva identiteten och vice versa. Att se till självidentitet möjliggör att diskutera grupper utan grupp.

Sociologen Jonas Stier (2003) menar att identitetsfrågan dels kan diskuteras från ett individperspektiv och basera sig på individens egen självdefinierade uppfattning om vem ”jag” är. Vi kan även tala om kollektiva, delade, identiteter, vilka även dessa kan grunda sig i kollektivets självuppfattning, eller genom att andra aktörer definierar ett visst kollektivs existens. Detta förtydligas i tabellen nedan, vilken belyser hur identitet kan vara individuell eller kollektiv, samtidigt som dessa skapas genom att individen eller gruppen själv identifierar egenskaper och karakteristika, eller att någon utom gruppen identifierar egenskaperna.



Tabell 1

	Självdefinierad	Utifrån-definierad
Individuell	Vem/Vad är jag?	Vem/Vad är hon/han?
Kollektiv	Vilka/Vad är vi?	Vilka/Vad är de?

Källa: fritt tolkat från Stier 2003.

Sociologerna Stephen Cornell och Douglas Hartman (1998) lägger till ytterligare en dimension på hur frågan om grupp och kategori kan diskuteras. De menar att det inte enbart är intressant att beröra självdefinierandet versus utifrån-definierandet av individer och grupper utan också vilken social betydelse detta ges i olika sammanhang. Vad Cornell och Hartman menar är att svaret på vem en individ, eller vad en grupp är, kan skifta dels beroende på i vilket sammanhang individen/kollektivet självdefinierar sig eller beroende på vem och var kollektivet gör detsamma.

## Etnicitet, genus, ålder och sjukdom – grupp och individ?

Idén om och erbjudandet av mångkulturell vård uppstår som en följd av att man upplever samhället vara pluralistiskt. Man vill ge människor vård som är anpassad efter människors kulturella tillhörighet. Denna kulturella tillhörighet, oavsett vi talar om kollektiv eller individuell, underförstås många gånger höra samman med att människor kommit till Sverige från andra länder och att kulturerna är kopplade till nationer eller etniska tillhörigheter. Men kulturer kan också skapas utifrån andra faktorer. Religion är en sådan faktor som ska diskuteras, men även genus (kön), ålder och, vilket är viktigt att ha med när det gäller vård och omsorgskontexten, sjukdom eller funktionsnedsättning är exempel på sådana faktorer. Vad som också är viktigt att ha i åtanke är att dessa aspekter många gånger sammanfaller, det vill säga att vi finner tillhörigheter som bygger på att personen är kvinna, ung och kurd eller man, muslim och dialyspatient. Vi kommer kort presentera hur dessa aspekter kan förstås och hur de kan skapa individer och upprätthålla grupper.<sup>10</sup>

## Etnicitet

Etnicitet betyder tillhörighet till en viss grupp med ett gemensamt ursprung eller egenskaper (som om den finns). Ursprungligen härstammar begreppet från grekiskans *ethnos*, ett begrepp som brukades för att beskriva de andra, hedningar, främmande

---

<sup>10</sup> När vi pratar om olika aspekter av kollektiv och individ – alltså om identiteter – är det på sin plats att poängtera att det naturligtvis är på så vis att dessa kan staplas på varandra. En individ eller ett kollektiv kan med andra ord själv definiera sig som vara bärare av *olika* egenskaper. Den kan själv definiera sitt genus, sjukdom, ålder och religion. Eller så gör någon utomstående detta. I vissa situationer kan dessa och i vissa definitioner starkare än andra. Ett begrepp som skapats inom sociologin för att studera hur makt vävs in i uppfattningen om identitetskategorier såsom genus, ålder, klass, etnicitet etc. är intersektionalitet.

stammar eller grupper. Sociologen Max Weber (1997) beskriver en etnisk grupp i termer av subjektiv uppfattning om ursprung, vilket kopplas till upplevda likheter avseende traditioner, utseende, geografi eller i delade minnen av kolonisation eller migration. Till etnicitet kan även kopplas en idé om en gemensam religion, ett gemensamt språk och/eller delade normer för familjebildning. Etnicitet kan även definieras som processen vilken skapar dessa föreställningar (Eller 1999). Därför kan sägas att etnicitet avser något subjektivt och symboliskt, ett bruk av kultur där syftet är att skapa skillnad till andra genom att skapa skiljelinjer och gränser. Etnicitet kan även diskuteras i termer av villkor för medvetet eller omedvetet medlemskap, där syftet är att med olika symboliska markörer, påvisa gemensamt förflutet och gemensamma intressen (Burgess 1978). De olika grundläggande definitionerna har det gemensamt att de åsyftar klassifikation av människor och grupprelationer. De berättar även om hur människor uppfattar olikheter och särskiljande praktiker i termer av såväl "vem är jag" som "vem tillhör och inte". Etnicitet är även kopplat till kultur, eftersom begreppet i dess mest grundläggande definition ofta avser delad mening. Olika etniska grupper kan med andra ord skapa skiljande markörer med hjälp av kultur; som ju åsyftar delade meningssystem. En samtida vedertagen etnicitetsdefinition låter berätta att etnicitet snarast är att betrakta som en social relation mellan olika grupper, vilka uppfattar sig varande olika från varandra. Detta innebär att en grupps eller en individs självidentifikation är central i förståelsen av etnicitet (Cornell & Hartmann 1998; Barth 1969; jf Öhlander 2005).<sup>11</sup> Dock råder idag mer eller mindre konsensus kring etnicitet som ett socialt konstruerat dynamiskt begrepp, vilket innebär att begreppets innebörd och praktiska tolkning skiftar från kontext till kontext och från en tid till en annan.

Dynamiken innebär att etnicitet å ena sidan kan skapas genom självtillskrivande praktiker, å andra sidan genom tillskrivande praktiker. Genom självtillskrivande praktiker kan individer klassificera sig socialt genom att betona sin tillhörighet till en viss grupp. Etnicitet kan alltså även konstrueras genom att individen tillskriver eller klassificerar andra. På detta vis skapas individens etniska självidentifikation samtidigt som grupptillhörighet manifesteras. Styrkan att betrakta etnicitet på detta vis är att det fångar förståelsen av dynamiken i etniska konstruktioner, vilka skapas när sociala gränser överskrids och genomträngs, samtidigt som det tar människors upplevelser och självbilder – som ofta är av essentiell karaktär – på allvar.

Etnicitet kan manifesteras och skapas på olika sätt. I vardagen sker skapandet med de mest vardagliga fenomen; Genom att bjuda på mat från respektive födelseländer eller bakgrundsländer kan etniska gränser och tillhörigheter artikuleras och överskridas. Detta exempel förtydligar även hur etnicitet är kopplat till kultur genom att kultur brukas för att skapa och markera skillnad. Ett annat exempel på etnicitetens plats i vardagen är hur **gruppen "svensk" skapas**. Ett sätt att förklara tillhörigheten till denna grupp är att påstå att alla som föds i Sverige är svenskar. Här uppkommer problemet att det finns individer

---

<sup>11</sup> Socialantropologen Abner Cohen menar att etniska identiteter utvecklas i relation till exempelvis samhällets funktionella krav (Cohen 1969, 1981), medan antropologen Carter Bentley (1987) framhåller att etniska grupper formeras och mobiliseras genom olika sociala förhållanden. Från detta synsätt blir etnicitet ett exempel på politisk organisation, där sociala grupper använder sig av kulturella uppfattningar för att åberopa gruppens intressen.

vilka föds i Sverige som inte tillskriver sig svenskhet. Ett annat sätt att förklara frågan är att påstå att alla med svenskt medborgarskap tillhör gruppen svensk. Här uppkommer problemet att det finns människor utan svenskt medborgarskap som tillskriver sig svenskhet. Ett tredje alternativ är att påstå att gruppen ”svensk” är en imaginär grupp; gruppen finns inte men ändå kan vi tillskriva oss (eller andra) medlemskap i gruppen. Utifrån detta tredje perspektiv är det sonika omöjligt att bemöta någon som medlem i en given grupp (som exempelvis det professionella perspektivet ovan proponerar).

## Genus

Genus är ytterligare en aspekt av hur individer skapas och grupper upprätthålls, som är viktig att koppla till tolkningen av kultur, vård och omsorg. En grundläggande definition av genus är att begreppet syftar till att förklara vad som formar människors sociala kön. Genus betecknar inte enbart kroppen, utan rör vid allt, i tankar om manligt och kvinnligt som fyller vårt handlade och agerande i olika kontexter. Genusbegreppet är dock inte entydigt. Det är möjligt att tala om genus i termer av huruvida en individ anpassar sig eller inte anpassar sig till den samhälleliga normen avseende manligt och kvinnligt. Det är även möjligt att tala om genus i termer av hur individen själv ser på sin könsidentitet, alltså en individs subjektiva upplevelse av att tillhöra ett specifikt kön. Manlig sjukvårdspersonal är ett intressant exempel för att vi sätter prefixet manlig framför ordet sjukvårdspersonal. Denna kategori av sjukvårdspersonal blir till ett eventuellt problem eller möjlighet för sjukvården för att de står utanför normen.

Genus är många gånger nära kopplat till religion. Inom alla religioner finner man genuskonstruktioner. Inom religionerna finns olika syn och förväntningar på män och kvinnor, och deras roller och funktioner inom religionen är olika. Frågan om genus kopplat till religion kan även avse hur religionen är organiserad. Traditionellt har det inom religionerna också funnits en kvinnlig underordning och kvinnor får många gånger vara de som skall representera religionen ut mot resten av samhället. Ett exempel på detta är hur kvinnor i olika religioner mer strikt förväntas följa de regler om klädsel (exempelvis slöja) än männen. Inom samtida (feministisk)teologi försöker man dock utarbeta en annan tolkning av kvinnans roll och funktion som inte bygger på en hierarkisk syn på män och kvinnor.

## Ålder

Ålder är en annan aspekt av hur individer skapas och grupper förstås. Samtidens individer är oerhört medvetna om ålder, såväl sin egen som andras. Denna medvetenhet är central för hela våra liv. Vi är dagligen upptagna med att åldersklassificera och åldersbestämma såväl oss själva som andra utifrån hur gamla vi är (alternativt när vi är födda). Hela samhället är åldersmedvetet. Dock är utvecklingen paradoxal för samtidigt individualiseras åldern mer och mer. Genom att utvecklingen gått från att tala om mer eller mindre fasta kollektiva åldersidentiteter, har det individualiserade perspektivet inneburit nya möjligheter och skyldigheter. Detta skapar möjlighet till ökad variation av åldersbetydelser, det vill säga det är svårare att verkligen åldersbestämma en individ (för

individerna har alltid möjligheten att själva definiera sig som ung, medelålders, gammal etc.). Samtidigt som åldern individualiseras sker ett ständigt pågående arbete med att skapa medvetenhet kring våra åldersval. Individerna måste ju övertyga sin omgivning om att den definierat sig korrekt. Den ökade individualiseringen av ålder kräver också en ökad sensitivitet inför åldersvariationer. Desto mer åldersidentiteter frigörs från speciella tider och traditioner, desto större blir det kulturella utrymmet för att pröva på olika identiteter. Människor tenderar att förhålla sig till ett bredare spektrum av kulturella resurser i sina individuella identitetsbyggen idag än tidigare (Featherstone & Wernick 1995). Ålder kan, men behöver inte, vara en faktor att ta hänsyn till när man skall tillämpa vård och beakta kultur.

Även religion kan med fördel kopplas till frågan om ålder. Äldre personer har generellt en starkare religiositet än yngre. Detta kan förklaras på flera sätt. Det ena hör samman med själva åldern, ju äldre man blir ju mer reell blir den egna dödligheten, vilket aktualiserar religionsnära frågeställningar. Dessutom innebär högre ålder ofta mer tid, vilket öppnar upp för både för tankar och för handlingar kopplade till religion. Den högre graden av religiositet bland äldre hör också samman med att äldre personer inom en västerländsk kontext har vuxit upp och socialiserats i samhällen där religionen hade ett större inflytande på samhället än vad som gäller för yngre personer.

## Sjukdom

Sjukdomskontexten är även den viktig att ta upp i diskussionen om hur kultur, vård och omsorg ska tolkas. Människor är alltid inne i en pågående förändringsprocess, och våra gruppstillhörigheter och det sätt varpå vi identifierar oss och blir förstådda av andra förändras beroende på tid och kontext. Dessa förändringar är inte sällan kopplade till sjukdom i allmänhet och kronisk sjukdom i synnerhet. Med sjukdomen kommer konsekvenser i form av att vi märker att vi förlorar förmågor eller möjligheten till självständighet. Beroende på hur individen uppfattar den förändring som sjukdom kan innebära kan detta på olika sätt kopplas till den personliga identiteten. Desto mer individen påverkas av sjukdom, desto större är möjligheten att detta påverkar individens självuppfattning, att sjukdomen påverkar hur individen ser på sig själv och hur denne ska handla och reagera i olika kontexter och till en gruppstillhörighet, oavsett om den är självdefinierad eller definierad av någon utomstående. Nu är det ju inte på så vis att alla sjukdomar fungerar på samma sätt. Att insjukna i en kronisk sjukdom innebär att individen måste leva med sjukdomen resten av sitt liv. De olika behandlingar individen måste genomgå är inte sällan av komplicerad karaktär. Detta innebär även att vardagslivet förändras, att gamla och väl inövade rutiner, vanor och ovanor måste omförhandlas. Att leva med sjukdom, och de förändringar i levnadsmönster etc. som är kopplade till detta, kan påverka en individs självbild. Desto större förändringarna är, desto större är förmodligen också påverkan på självbilden.

## Grupp eller individ i den praktiserade vården

En vård- och omsorgsgivare kan möta önskemål om vård som ligger utanför det som erbjuds generellt till alla (vilken som ofta bygger på majoritetskulturen, majoritetsreligionen och normerade identiteter) och måste ta ställning till om dessa önskemål (som bygger på kulturer etc. som ej är inkluderade i en generell vårdpolicy) kan uppfyllas. Eftersom man inom vård och omsorg inte har resurser, varken i tid eller i pengar, att uppfylla alla individuella önskemål, så måste personalen göra bedömningar om vilken betydelse önskemålet har för den enskilde individen och för hans eller hennes tillfrisknande respektive kvalitét på omsorg. Samtidigt finns en idé om att ge mångkulturell vård, det vill säga att var och en skall få den vård hon eller han önskar utifrån personens kulturella tillhörighet. Och här kommer vi till en viktig aspekt av det alternativ vi i denna bok försöker argumentera för – reflexiv kulturell vård och omsorg – nämligen att problematisera hur individer och grupper skapas och upprätthålls oberoende på om det definieras i termer av kultur, religion eller ålder etc. Som vi skrev ovan så är identitet något som skapas, upprätthålls och förändras av människan. Exempelvis så kan kulturella identiteter delas av flera människor, men det behöver inte vara så. En människa uppbär alltid en **individuell tolkning av ”sin” identitet, men för att** en individs identitet skall kännas meningsfull krävs ofta en upplevelse av att den delas med andra. Att dela identiteter med andra skapar en känsla av gemenskap och gör kulturerna relevanta och plausibla för personen. Men det finns inga aspekter av identitet som *helt och hållet* delas av flera personer eftersom varje människa är unik, har sin livshistoria, sina tolkningar och sin förståelse av olika identiteter. Om vi ser till identitetsexemplet kultur: kulturer skapas och omskapas ständigt av människor och har olika betydelse och funktion utifrån var man befinner sig, det vill säga de existerar inte utanför människor. Därför finns det inte heller någon beständig, klart avgränsad kultur som *helt* kan delas av människor. När man inom såväl litteratur om mångkulturell vård som sjukvårdspolicies skriver att man skall erbjuda mångkulturell vård så avses dock att det finns specifika kulturer som delas av flera personer. Om inte detta var avsikten så skulle man ju istället erbjuda individuell vård. Dessutom fastslås också många gånger vilka kulturer som avses och detta görs utifrån att Sverige (eller det land det gäller) som en följd av invandring numer består av flera olika kulturer.

Det tolkningsperspektiv vi tar på frågan om individ, grupp och kategori (och identitet) i denna bok utgår från individen. Vi utgår i boken från hur individer brukar kultur, etnicitet eller religion för att tillskriva sig själv medlemskap i en (imaginär) kategori och **samtidigt hur kategorin skapas och försannas som ”reell” grupp. Detta innebär inte att vi** inte talar om grupper, men att när vi talar om grupper gör vi det utifrån idén om ”grupper utan grupper”, det vill säga utifrån idén om gruppen som kategori och fokus ligger på hur dessa fylls med innehåll av individerna.

# KAPITEL 4

## Religiösa och andliga behov inom vård och omsorg

### Inledning

Som en del av den mångkulturella vården finns den religiösa aspekten, vilket är fokus för boken. Vad som är av intresse för att kunna erbjuda adekvat religiös omvårdnad är att få en inblick i vad som kan önskas av sådan vård. Detta kapitlet kommer att visa hur det kan se ut utifrån ett flertal olika exempel och där perspektivet är vård- och omsorgstagarens erfarenheter och önskemål. Det är även av vikt att komma ihåg att den religiösa omvårdnaden som efterfrågas varierar i mycket hög grad mellan olika personer, men också beroende på situationer. Vad som efterfrågas är också mycket mångsidigt. Det går inte att i förväg veta vad som kommer att efterfrågas av vem och hur mycket. Man kan inte på något sätt se på en person vilket religiöst behov hon eller han har. Många gånger kan det dessutom vara så att patienten eller omvårdnadstagaren själv inte har helt klart för sig vilka religiösa behov som hon eller han har vid det aktuella tillfället, vilket vi återkommer till nedan. Vad man kan konstatera är att det finns människor som har religiösa behov likväl som det finns de som inte har några. Vi vet också att de religiösa behoven många gånger aktualiseras i en vårdkontext eftersom detta är en situation där frågor om meningen med livet och den egna dödligheten ofta är oundvikliga, vilket en av intervjuade lyfter fram genom att konstatera: ”Det verkar som att folk i den svåra situationen söker sig till religion för att dom har ett behov av det”, och detta menar han

behöver inte vara så specifikt utan kan vara mer allmänt genom ”att man tror inte på någon gud som sitter där uppe, men man tror ju att det är någonting mer än det här. Man tror på någon högre förmåga eller någon högre kraft, det stöter jag på väldigt ofta.”<sup>12</sup>

Men vad som önskas, hur, när och av vem är komplext. Vi kommer i detta kapitel ge olika exempel på hur det kan se ut och synliggöra komplexiteten i detta med hjälp av några av de frågeord (vad, hur, när, vem) som vi menar är nödvändiga för att förhålla sig reflexivt till kulturell vård. Sedan presenteras några förklaringar till varför man önskar religiösa aspekter som vårdtagare. Vårt att komma ihåg är att de exempel som ges inte går att generalisera till att gälla i allmänhet. Tanken med dem är att ge en inblick i den komplexitet som finns när det gäller behov av religiös och andlig vård. De får ses som några illustrationer på vad man kan tänkas möta i en vård- eller omsorgskontext och hur varierande det kan vara. I kapitel 5 kommer vi sedan att visa komplexiteten i vem som erbjuder detta, för att i kapitel 6 sedan gå in på hur man som vård- och omsorgsgivare kan förhålla sig till denna komplexitet.

## Önskan om religion: religionsbundet eller allmänreligiositet

I kapitel 2 diskuterade vi hur religion kan förstås på flera olika sätt. Religion kan till exempel vara något som är bundet till vissa specifika religioner inom vilka det finns vissa förväntade sätt att tro och att vara. Men religion kan också vara mycket mer abstrakt och handla om det som människan tror på som inte är empiriskt bevisbart i den här världen. Det kan handla om existentiella frågor som handlar om vad som är meningen med livet eller vad som händer efter döden och där svaren inte är kopplade till någon specifik religion. Ett sådant exempel kan vara det som en av de intervjuade tog upp:

Det är en spännande sak som alla gör på hospice. Det är att när man har en avliden patient så öppnar man ett fönster med tanken att själen ska kunna flyga vidare - även om själen i den mån den existerar säkerligen går genom tak och väggar - men det är en fin symbolisk handling.

Man talar ibland om andlighet eller spiritualitet och mellan dessa, det religionsbundna och det allmänreligiösa, finns ett raster av olika religiösa förhållningssätt som innehåller både det religionsspecifika (grupp) och det allmänreligiösa (individ) i större eller mindre omfattning. Det vill säga att man kan kräva att den person man biktat sig inför skall vara katolsk präst, men samma person kan även tänka sig att också genomföra buddhistisk influerad meditation och så har man en egen personlig tro på någon bortomvärldslig makt eller existens. Detta blandade förhållningssätt till religion finner man så klart även

---

<sup>12</sup> Se även Laghé 2005. I en undersökning bland Svenska kyrkans medlemmar framkom också att kyrkan fyller en funktion inom vård och omsorg. På frågan hur viktigt det är att kyrkan finns närvarande på olika platser i samhället kom äldreomsorgen och sjukhusen på första plats och på frågan om vilka verksamhetsområden som är viktiga för Svenska kyrkan kom arbete med äldre människor och socialt arbete som de två viktigaste områdena före t.ex. arbete med gudstjänster, sprida kristen tro och bevara traditioner (Bromander 2005).

bland vård- och omsorgstagare. En person beskriver denna komplexitet i möten med vårdtagare på följande vis:

Några har bara ett andligt intresse och vill meditera i allmänhet så att säga. Så visst jag kan prata med vem som helst om andlighet i allmänhet. Det handlar ju om, som jag ser det, att andlighet har väldigt lite med enstaka religioner att göra, utan det är istället en gemensam känsla som finns i alla religioner, som finns hos alla som praktiserar religioner ordentligt i hjärtat. Alla dessa är ju andliga på något sätt. Där finns ju en gemensam nämnare någonstans och det kan handla om ödmjukhet till exempel.

Så det som sker är att man mycket väl kan finna religiösa önskemål kopplade till grupp, det vill säga till en delad religiös hållning (islam, kristendom, judendom etc.), men att man också - många gånger samtidigt - finner religiösa önskemål som är unikt individuella. En sjukhuspräst berättade att det för många är viktigt att det kommer någon **med en gudstro, att "det primära på något sätt", sedan säger han att: "på längre sikt, om man har en längre samtalsserie med någon, så då blir det mer viktigt kanske".** Här framkommer både något allmänreligiöst - **"en gudstro"** - och något religionsspecifikt - **"då blir det"** (syftande på ett kristet förhållningssätt) och så det avslutande **"kanske"**, vilket lyfter fram att detta inte är något som man med säkerhet kan veta. Det vi ser är återigen hur det inte finns några fasta gränser mellan det allmänreligiösa och mer religionsbundna aspekter och hur detta dessutom är situationsbundet, ibland är det på ena sättet, ibland på det andra och ibland är det på båda sätten samtidigt.

## Vad: om den religiösa praktiken

De önskemål om religion och andlighet som framkommer kan handla om att genomföra ritualer, enskilt eller med andra, om att få komma i kontakt med och samtala med någon representant från ett samfund eller om att hänsyn tas till religiösa seder och traditioner så som matrestriktioner och klädsel. Men det finns många andra religiösa praktiker som inte går att passa in i dessa kategorier och som ibland är svåra att skilja från icke-religiösa traditioner och riter. Även detta beror på att det finns ett spektrum av religiös praktik både inom och mellan olika religioner och samfund och att varje individ gör sin tolkning av dessa, samt att den enskilde individen kan upprätthålla ett allmänreligiöst förhållningssätt som är fristående från den organiserade religionen där man som utomstående inte har någon möjlighet till förkunskaper. Ett sådant exempel är det om att öppna ett fönster för att släppa ut själen eller att som personen ovan menar **att "andlighet har väldigt lite med enstaka religioner att göra, utan det är en gemensam känsla som finns i alla religioner"**, vilket visar på vagheten och komplexiteten i detta.

## Ritualer

När det gäller ritualer kan det röra sig om meditation, bön, läsa eller lyssna på religiösa urkunder eller andra texter, förrättningar så som dop eller vigsel, fira nattvard gudstjänstdeltagande eller bikt. En del av dessa kan vårdtagaren genomföra själv utan att



det varken behövs någon hjälp från andra eller märks. En buddhistisk man berättar om när han var inlagd på sjukhus:

...alltså buddhismen är ju lite på gränsen till hemlig för jag kan ju sitta och meditera en 5-10 minuter utan att någon egentligen märker det. Jag hade en kompis på besök och vi mediterade ihop och det var inte någon som märkte det. Vi drog för det där skynket och så stod han och mediterade och jag satt i sängen.

Även när det gäller bön är det något som individen själv kan genomföra, men det är i en sjukdomskontext vanligt förkommande att man vill göra detta tillsammans med en religiös representant. En person från sjukhuskyrkan **upplever att det är ”jättevanligt” med bön** och att man gör detta tillsammans med den sjuke eller med anhöriga. Också en annan person tar upp detta:

Det vanligaste är att: du kan väl tänka på mig då. Du kan väl be en bön för mig och ibland frågar jag: vill du att jag ska göra det nu och här eller ska jag göra det när jag kommer hem i kväll och när uttrycker man sitt önskemål.

Men även om man vill be tillsammans med någon representant från ett samfund är bön något som kan genomföras enskilt och för utomstående helt obemärkt som i fallet med meditationen ovan. Det kan dock finnas önskemål om att ha en specifik plats att genomföra sin bön på. Det kan både gälla att den skall vara avskild, men även att den skall vara ren, vilket ofta är fallet med salat (tidebön inom islam). Detta kan som förslagits i flera intervjuer lösas genom att man drar för skynket runt sängen och att man får låna ett nytvättat lakan eller handduk. En av kvinnorna berättar att hon efter en operation inte klarade att kliva ur sängen för att be och helt enkelt genomförde denna i sängen, eller så får man helt enkelt hoppa över bönen:

Informant: ...då kan man be, men på förlossning går det inte. När man får barn och så går det inte. Man kan inte be.  
Intervjuare: Så man hoppar över det?  
Informant: Ja det är rätt så förlåtligt, men det är bättre om man kan be.  
Intervjuare: Men hur har era makar gjort när de varit med på förlossningen?  
Informant: De har bett i rummet, fast ibland hoppar dom också över det och sen tar dom allt på en gång.  
Intervjuare: Varför hoppar man över det då?  
Informant: För det fanns ingen plats för att göra det på.

Men att det finns ett behov av bön i en sjukdomskontext är tydligt, vilket följande från en person från sjukhuskyrkan lyfter fram:

Jag möter väldigt många människor som säger att jag skäms ju nästan för jag har ju aldrig bett innan och så blir man sjuk och då vänder man sig till Gud och det är lite pinsamt det där. Men jag tror att det är väldigt vanligt. Det är väldigt, väldigt mänskligt och helt okej också. Ja, om ett flygplan som störtar, har man ju hört berättas om, där knäpper i stort sett alla sina händer eller ber på något sätt till någon... Det är väl så också när man får ett cancerbesked till exempel...

Även när det gäller att läsa eller lyssna på inspelade uppläsningar av religiösa texter eller gudstjänster är det något som individen kan göra själv. Det kan finnas ett stort behov av det i en sjukdomskontext, så som denna kvinna säger: ”Det är bra om man kan läsa Koranen om man är mycket sjuk.” Vad som framkommer i detta sammanhang är önskemål om att dessa texter så som Koranen eller Bibeln skall finnas tillgängliga på sjukhusen, men kanske än mer eftertraktat är tillgång på inläsningar av dessa texter att lyssna på. Detta som en följd av att man när man är sjuk ofta inte orkar läsa, men att lyssna på uppläsningar av dessa texter klarar man av. Men det är också vanligt att man vill att en representant från ett samfund skall läsa från dessa texter, vilket denna man framför:

När det gäller dödsbäddar så har det ju ofta hänt att jag har suttit och sjungit psalmer som antingen dom anhöriga eller den döende själv har önskat och kanske läst någon dikt eller någon bibelvers.

Andra riter som det kan förkomma behov av så som olika förrättningar (dop och vigsel), fira nattvard och gudstjänstdeltagande och bikt kan i högre utsträckning vara kopplade till att det finns någon religiös representant som genomför dem och att det både krävs specifika föremål och en avskild plats för genomförandet. Att få till stånd dessa riter kan alltså innebära stora insatser eftersom man ju inte befinner sig i en miljö som är anpassad till detta. Många gånger går det dock att lösa pragmatiskt. Så här berättar en representant från ett samfund om vad som kan ske vid behov av förrättningar:

Jag har haft en ”nödvigsel” en gång. Personens sjukdomsbild blev plötsligt allvarlig och man ville absolut inte vänta till senare med vigsel. Jag blev kontaktad, och eftersom hinderprövningsintyg fanns kunde jag viga paret direkt. Patientens tillstånd medgav att vi kunde ha akten i en närbelägen kyrka.

Vad som framkommer och som många gånger skiljer den religiösa praktiken inom vård från religiös praktik utanför en sådan kontext är att situationen blir akut. Där finns många olika religiösa ritualer och religiösa behov inför döden, men också sådant som man vill ha uppfyllt inför en akut operation eller nedsövning. En av prästerna berättar om behovet av nattvarden bland de äldre som tillhör hans församling och uttrycker det så här: ”**de väntar** och håller ut tills jag kommer – **sedan kan de släppa taget.**” Behov av ritualer kan också uppstå efter en lyckad operation eller lyckad avslutad behandling, vilket framkommer i denna berättelse om att kunna fira nattvard:

Jag har firat nattvard några gånger och nästan alla gånger har varit i positiva sammanhang, åtminstone tillfälligtvis positiva i alla fall, det vill säga att man har fått en diagnos, man har genomgått en behandling och så har det gått bra och då vill man... Man tänker: ”Jag är så glad att jag har jag har fått en ny njure och jag ligger här och är jätteglad över det”. Man är väldigt, väldigt glad för man har fått livet tillbaka och man slipper dialysen och hela den där biten. Det kan dessutom ha varit problematiskt med t.ex. avstötning och att det tog tid innan läkemedlen tog skruv. Det kan ha varit väldigt kritiskt ett tag och så lever man och man är jätteglad. Och då säger personalen: Ja, ja vad kul, du

går hem på torsdag. Du ska ha den här medicinen och nu är det mat. Och patienten som är så glad för han har fått livet tillbaks. I en den situationen känner patienten att han måste liksom tacka livet och då ringer han till sjukhuskyrkan och säger kan vi inte fira nattvard? En människa som hemma till vardags kanske inte alls tänker så, men det här berörde på något sätt livets grundelement och han tolkar det som ett sätt att tacka livet och Gud för att det har gått så bra och att han liksom är på väg tillbaks igen. Det intressanta med dom här tillfällena är att sjukdomsförloppet har klingat av och att alla frågorna har kommit när krisen har varit över. Att: Ja, jag var jättedålig, men jag fick behandlingar och nu så mår jag bättre. Ja, men då jag ska ringa sjukhusprästen. Reflektionen kommer sen och då blir det snarare den framåtriktade tolkningen: Tack Gud för att jag lever!

När det gäller deltagande i religiösa möten så som gudstjänst är detta något som också kan komma att efterfrågas i en sjukdoms- och omsorgskontext. Detta är en form av religiös praktik som individen inte kan utföra ensam, utan det ligger i själva formen att detta skall delas med andra. I en sjukdomskontext kan det av praktiska skäl inte vara möjligt att delta i möten för att sjukdomen inte tillåter att man träffar andra eller för att man inte orkar göra det. En annan orsak till att inte kunna delta är att dessa oftast inte anordnas på sjukhusen. På större sjukhus där det finns ”stilla rum” eller andaktsrum anordnas det religiösa möten (se vidare kapitel 5). Återigen är det dock så att vårdtagaren måste ta sig till det rummet och tiden för dessa möten måste överensstämna med tiderna för den vård och behandling man får. Man kan, som nämndes ovan, följa gudstjänster och andra religiösa möten genom att lyssna på radio, se på TV eller över internet samt få ta del av dem genom inspelningar. En föreståndare för ett äldreboende med kristen värdegrund berättar hur de ordnar gudstjänster för allmänheten där och vad det innebär för de boende:

Är man intresserad av att gå på en gudstjänst så tror jag att man i många fall tycker att det är rätt så roligt att där springer barn eller att man ser unga människor och att man finns någonstans där det rör sig folk. Jag tror att man uppskattar den biten också. Sen är det så att vi sänder gudstjänsten på intranätet så att man kan sitta framför sin TV i respektive hus och delta i gudstjänsten.

I en vårdkontext kan det dock ofta bli så att de enskilda mötena med religiösa representanter och de riter som kan genomföras tillsammans med dessa av praktiska skäl får ersätta religiösa möten tillsammans med en större grupp. Det behöver dock inte betyda att det inte finns behov av att delta i religiösa möten, men att omständigheterna gör att det inte är möjligt att genomföra och andra former av detta får ersätta tillfälligt.

Det framkom i intervjuerna att det finns ett stort behov att få tala med någon om religion och andliga frågor när man befinner sig i en vård- och omsorgskontext. Dessa samtal kan vara mer eller mindre formaliserade. Ett exempel på av en av de mer formaliserade formerna av detta är bikt inom katolicismen eller en munks närvaro inför döden inom buddhismen, de mindre formaliserade formerna återkommer vi till nedan. När det gäller bikt så kan detta vara något som man vill genomföra vid olika tillfällen,

men det är vanligt att man inför döden i samband med den sjukes smörjelse vill bikta sig. Det finns det mycket som spelar in när personen befinner sig inom en sjuk- och vårdkontext. Detta citat får illustrera hur det kan vara:

Intervjuare: Hur fungerar det med nattvardssituationen och biktsituationen i en sjukhusmiljö där det är svårt att sitta avskilt ibland?

Informant: Ja, jag har haft många nattvardsfiranden, men det har varit med personer som varit ensamma i rummen och då är det lättare med bikten och nattvarden. Men en gång för några år sedan var det ett rum med två personer och då genomförde jag endast nattvarden utan bikt.

Intervjuare: Så man får göra lite undantag och anpassa sig?

Informant: Ja, prata kan man alltid, säga vad man vill säga. Man kan kanske inte alltid göra det till prästen men man kan göra det till Gud. Man måste öppna sina hjärtan.

Så här berättar en buddhistisk munk om hur det också kan gå till inför döden:

Då kontaktar man en munk, för då är det viktigt att det är en som är skriftkunnig som kommer. Att det någon som sitter med som har ett hum om vad som händer när man dör. För vi har inte uppfattningen att allt bara är slut eller att man kommer till himmelriket eller någonting sådant, utan det är mycket mer komplicerat än så och då är det viktigt att det sitter någon vid den döendes sida innan han eller hon dör och hjälper till med vad vi kallar övergången. Men det ska naturligtvis vara på var och ens språk för det är ju känsligt i den situationen.

Som dessa citat visar så är det är många aktörer inblandade i det som sker, och platsen för att utföra detta kan vara problematisk. Men även i detta fall löses detta ofta pragmatiskt vilket det första citatet också visar.

När det gäller dessa ritualer kan de vara nära kopplade till en specifik religion eller mycket individuella. Dessutom är det inte ovanligt att de är religionsöverskridande, det vill säga att personer med olika religionstillhörighet gemensamt kan genomföra olika riter. En kvinna på ett kristet äldreboende berättar att: ”det finns dom som är muslimer som tycker att vår morgonbön är fantastisk. Att den är en otrolig tillgång.”, vilket visar på denna religionsöverskridande praktik.

## Samtal

En annan aspekt av religiös praktik som efterfrågas är möjlighet till samtal om existentiella frågor. Detta ligger nära det vi i kapitel 2 skrev om när vi presenterade religion som en kulturell aspekt, nämligen själavård., men vi har i denna del valt att använda oss av samtal i en bredare förståelse. Detta eftersom det finns aspekter som inte alla skulle betrakta som själavård och eftersom termen själavård av tradition kommit att kopplas till kristendom, vilket inte är det enda som åsyftas i den följande texten. När det gäller samtal så kan dessa röra sig om frågor nära kopplade till en specifik religion eller ett

specifikt samfund, men många gånger handlar det om att få möjlighet till samtal som på något sätt berör det existentiella i tillvaron, vilket denna präst ger uttryck för:

Det normala är naturligtvis att dom flesta människor tycks ganska öppna för att prata med kyrkans representanter oavsett vilken religiös tro man har. Man pratar inte speciellt mycket om religion, men man kan göra det, man kan ta upp det. Eller man bara pratar allmänt om hur det är att vara sjuk och ligga på sjukhus och så där...

När det gäller dessa samtal som berör existentiella frågor finns det även ett spektrum av hur nära dessa är kopplade till specifika religioner. Det kan vara bikt med en präst inom katolicismen som helst skall följa vissa föreskrivna former och det kan vara själavårdande samtal inom protestantiska samfund där det kan finnas vissa normer som man skall förhålla sig till. Sådana samtal finner man även inom islam även om de inte alltid benämns som själavård. Det kan å andra sidan vara samtal som sker helt spontant utan några formella föreskrifter. Dessa mer öppna samtal kan dock övergå till en mer formell struktur och bli mer religionsspecifika. De mer öppna samtalen som också nämns i citatet ovan kan vara religionsöverskridande, men det som framkom var att dessa samtal inte är allmänna samtal som man kan ha med vem som helst som har tid att lyssna eller som har samtalsterapeutisk utbildning, utan det var av vikt att den man samtalade med om dessa frågor hade en religiös förankring.

När samtalen övergår till att bli mer religionsspecifika kan det för en del vara viktigt att de sker med en representant för den religion eller det samfund som personer menar sig stå närmast. Detta uppmärksammar även de religiösa representanterna. De försöker få till stånd möten genom att kontakta representanter från det samfund som efterfrågas. Att det finns behov av dessa samtal är helt klart även om det kan vara svävande vad de skall innehålla och hur de skall vara utformade, vilket detta citat av en man som drabbats av en livshotande sjukdom visar:

Jag tror att när man är tillräckligt nära döden så finns det alltid ett religiöst perspektiv. Man undrar alltid över vad det är som ska hända. Det är det ena och sen är det så att när man ligger inne och befinner sig i en kris, då vill man ibland ha någon att prata med. Det har ju kanske inte alltid att göra med det religiösa perspektivet utan mer med det praktiska som begravning till exempel. Hur man sköter det och hur man fixar det och vem tar hand om kvarlevorna och så vidare. Och så naturligtvis när man ligger tillräckligt länge så kan det ju vara intressant att ha någon att prata med inte bara för att få tiden att gå, utan det kan ju vara frågor som man funderar över eller som man vill prata om. Det kan vara händelser som man vill prata av sig. Det behöver ju inte vara i någon slags biktsituation, utan det kan ju vara av andra saker som man vill diskutera så att allmänt, tror jag...

Det kan även vara så att dessa behov av samtal inte finns artikulera hos vård- och omsorgstagaren utan att det uppstår spontant när man kommer i kontakt med en

representant från något samfund, något som denna person från sjukuskyrkan berättar om:

När jag var nyanställd här så gick jag runt ibland och presenterade mig, och det hände inte en enda en gång att ingen vill prata med mig. Det fanns alltid flera som sa: Ja men... Och sen så kommer hela livsberättelsen och eländet och sorgen och glädjen och allt.

Låt oss avsluta med en lite längre berättelse om hur samtal mellan någon från sjukhuskyrkan och patienter kan se ut:

Man kan väl säga att det ofta börjar med att man talar om Allers veckotidning eller stadens bedrövliga hockeylag eller nånting sådant. Det är beroende på vem man pratar med och sen så kommer man ofta in på sjukdomen, det vill säga anledningen till att man är där. Det är ganska påtagligt att när man träffas i ett sådant sammanhang så för man ett resonemang kring det och en del berättar mindre och en del är trötta på att över huvudtaget berätta om det. Andra har ett väldigt stort behov för att redogöra för allting som har hänt. Så då sitter jag och lyssnar och sen så går det oftast över till: Jo men jag går i kyrkan. Jag tillhör den och den församlingen och där är det så trevligt och dom lagar så god soppa. Och ibland så går det vidare till dom här meningsfrågorna men det går sällan direkt på gudsfrågan, utan det går oftast via någon sorts rättvisefråga eller: Ja, nu har jag hamnat här. Eller så handlar det om livets bräcklighet eller nånting sånt där. Sen så kan man då sakta komma in på dom här mer... Vad ska vi kalla det? På de mer definierade existentiella frågorna.

Dessa samtal är alltså inte vilka som helst även om de vid en första anblick kan ge intryck av att vara mer alldagliga. Det är dessutom samtal som flera uppger att de inte kan ha med t.ex. en kurator eller psykolog eftersom dessa inte har mandat att ge svar på existentiella frågor, något vi återkommer till i nästa kapitel.

## Religiösa seder

När det gäller den religiösa praktiken i form av religiösa seder och traditioner t.ex. matrestriktioner och klädsel kopplat till religion finns där olika behov, men det är viktigt att komma ihåg att där finns ett ganska stort mått av flexibilitet. Om det är mycket svårt att tillgodose dessa så avstår man eller anpassar det så gått det går. Det viktigaste är trots allt överlevnad och tillfrisknande, vilket denna judiske representant betonar:

Har man inget annat att äta så får man äta. Man skall överleva. Alla medel för att överleva är tillåtna även om det är något som härstammar från till exempel svin. Det spelar ingen roll. Livet är viktigare än religionen. Det uppskattar jag faktiskt. Hälsan och livet är viktigare än alla bud. Vi har till exempel påbud att fasta på försoningsdagen men barn, gamla, gravida dom får inte fasta eftersom det kan äventyra deras hälsa. Och har man inte har möjlighet till koshermat, så får man äta det som finns i stället för att svälta ihjäl...

Några framför dock att de önskar att det så långt som det är möjligt tas hänsyn till dessa önskemål, något som kan vara extra viktigt i samband med sjukdom när mycket annat ställs på ända och förändras. Att personalen inte tar hänsyn till dessa religiösa önskemål kan upplevas respektlöst och som en nedvärdering av vem man är som person. Så här berättar en person:

Jag hade gjorde en operation en gång och dom hade fixat en slöja. Det var jättebra att dom hade fixat det. Jag tog med mig den hem sen. Den som jobbade där hade fixat fram den och jag var mycket tacksam för det. Och när det gäller mat så måste dom ordna riktig mat åt oss. Köttet måste vara halal. När man är på sjukhus så har dom inte mat för muslimer, men man kan ta vegetariskt mat... Dessutom använder de samma bestick... Man använder samma en kniv till... Dom blandar halalkött och svin.

Hon menar att det inte borde vara så svårt att ha olika bestick till olika maträtter och uttrycker kanske inte så mycket kritik, utan mer förvåning över att man inte gör det. En annan person tar upp följande:

Det skulle vara jättefint om dom kunde ordna fram sjalar och speciella kläder med långa ärmar. Och så är det viktigt att man kan tvätta sig med t.ex. en sten så att man kan be. Det är också viktigt att man har tillgång till en specialmatta så att man kan be. Det behövs inte så mycket, men kanske ett litet rum så du kan be, det räcker.

Återigen ser vi att det kanske inte behöver vara en så stor insats från sjukvårdens sida och att man skulle uppskatta om frågan kom upp.

## Hur behoven kan tillgodoses

Nästa fråga att ställa sig när det gäller behov av religiös omvårdnad är hur dessa behov kan tillgodoses, vilket redan framkommit i flera av de ovan givna exemplen. Det finns en mångfald av aspekter att ta hänsyn till, men genomgående är att behoven skall tillgodoses i ett sammanhang som varken är det vardagliga eller det religiösa. Den sjuke eller omsorgstagaren befinner sig inte i den situation där hon eller han tidigare eventuellt har genomfört sin religiösa praktik. Det samma gäller för dem som erbjuder religiösa möten eller riter. De religiösa sammankomster eller riter som vanligtvis genomförs i samfundets lokaler (i kyrkan, moskén, templet eller synagogan) behöver oftast genomföras där den sjuke eller omsorgstagaren befinner sig, vilket många gånger inte är lokaler anpassade för detta ändamål. Detta innebär alltid en anpassning för genomförandet och det finns ett flertal olika aspekter att ta hänsyn till. En av dessa är att inte störa andra som befinner sig i samma lokal, eftersom de inte är där av religiösa skäl. En annan är möjligheten till genomförande i avskildhet eftersom det många gånger rör sig om samtal eller handlingar som man endast vill dela med den religiösa representanten eller hålla helt för sig själv. En religiös representant tar upp att han vid bikt inte vill att de anhöriga skall vara kvar i rummet, men att det oftast inte spelar någon roll om det finns andra personer i rummet eftersom det språk som han och den sjuke talar på inte förstås av så många i Sverige.

Men det kan också vara så att man vill genomföra dessa handlingar med andra, men inte med de som man delar sal med. Är personen i fråga inte för sjuk kan detta genomföras i de lokaler som oftast finns avsatta för religiösa ändamål på sjukhusen så som stilla rum, andaktsrum eller kapell. Detta förutsätter dock att vårdtagaren eller den religiösa representanten, om en sådan är inblandad, känner till dessa lokaler, vilket långtifrån alltid är fallet. Vanligt är att de religiösa behoven tillgodoses på plats där vård- eller omsorgstagaren befinner sig eller i något rum i närheten. Behoven av avskildhet löses pragmatiskt på många olika sätt. En av person från sjukhuskyrkan berättar följande:

Informant: Vill man gärna ha nattvarden och det finns ingen annan möjlighet, ja men det klart att då gör man det.

Intervjuare: Men hur tar man hänsyn till dom andra på rummet?

Informant: Det är väldigt pragmatiskt. Jag hade berättat för dom andra på salen att nu ska vi fira nattvard och jag hoppas att ni orkar med det. Jag vet inte exakt hur jag hade uttryckt det, men jag hade sagt nånting. Jag hade berättat för dom andra på rummet vad som skulle ske och sen hade jag dragit runt förhänget...

Intervjuare: ...och viskat?

Informant: Ja.

En annan aspekt kopplat till behovet av religiös eller andlig omsorg som kan vara svår att genomföra på ett sjukhus är att kunna tända ljus eller rökelse. I salar där det finns gas inkopplat får man inte göra det. Någon tar upp att man får hålla till godo med ett ljus som inte är tänt eller så tänder man ett ljus utanför sjukhussalen eller så tänder anhöriga ljus i hemmet istället. Vi återkommer i kapitel 6 om hur man löser situationer som dessa, men vad som kan framhållas är att de önskemål som finns att det inom vård och omsorg skulle vara lättare att få möjlighet till avskild religiös praktik genom att man t.ex. på varje avdelning avsatte ett rum för sådant.

## När behövs religionen?

Svaret på frågan om när religionen behövs är lika komplex som frågan ovan om vad som önskas och hur detta skall genomföras. Återigen rör det sig det religionsspecifika i förhållande till det individuella allmänreligiösa. Där finns många riter inom alla religioner som skall utföras vid speciella tillfällen och tidpunkter. Samtidigt är det individen som väljer om hon eller han önskar delta i dessa riter och även när detta skall ske. Det vi finner är återigen hur det individuella inte enkelt går att koppla till grupp. Utifrån kan en person kanske ses som tillhörig ett religiöst samfund eller en specifik religion. Det kan även vara så att individen själv också menar sig ha denna tillhörighet, men att det i vissa situationer inte har betydelse för honom eller henne likväl som det i andra situationer har avgörande betydelse.



Dessutom är det i en sjukdomskontext inte alltid möjligt för den sjuke att själv göra dessa val. Hon eller han kan vara så svårt sjuk att detta inte är möjligt eller ha avlidit. Det är oftast släkt och familj som går in och för personens talan, vilket inte alltid är helt lätt. Många av de religionsspecifika riterna är kopplade till döden och döendet. Här uppstår det alltså ofta ett behov av religion och många gånger kan detta vara akuta skeenden. Dessutom är det så att dessa oftast inte kan göras om eller genomföras senare. En ortodox präst berättar att det hänt att det vid akuta skeende varit så att präster från Svenska kyrkan fått genomföra nöddop för barn vars föräldrar tillhör den ortodoxa kyrkan och sen säger han vidare:

Jag har haft två eller tre familjer där barnen gått bort och då säger familjen: Ja fader, vi ville göra nånting. Vi ville att prästen skulle komma men det var inte du som var där. Det är bra, säger jag. Det är Guds vilja. Gud vet... Jag tycker det är bra att det finns präster till alla som behöver.

På frågan om det i det läget spelar någon roll om det är en protestantiskt eller ortodox präst eller någon annan som genomför dopet svarar han efter lite betänketid att: ”Det viktiga är... att vi tror på Gud.”

När det gäller de riter som individen fristående från religionen önskar genomföra så kan det finnas specifika tillfällen när hon eller han önskar genomföra dessa, men det kan också vara önskemål som uppstår mer spontant. Detsamma gäller för önskemål om samtal om religion och religiösa sedvänjor. Det finns vissa tillfällen när dessa ska genomföras eller förväntas följas, men det kan även vara något man önskar göra eller efterleva vid självvalda situationer. Citatet tidigare i kapitlet om nattvardsfirande visar att dessa önskemål kan uppkomma vid positiva besked och händelser, men de kan lika väl uppstå vid kriser och svårigheter.

I en sjukdomskontext kan dessa önskemål också uppkomma som en följd av att *ingenting* sker, vilket denna representant för ett samfund tar upp som en förklaring till varför han ibland efterfrågas på sjukhusen:

Oftast så har man plötsligt ett överskott på tid. Man vet inte riktigt hur man ska få tiden att gå och då börjar man ägna väldigt mycket tid åt eftertanke och sånt där, och så plötsligt så växer behovet och viljan av att tala med någon..

Det som framkommer är alltså att det inte alltid behöver vara vid akuta livshotande situationer som det religiösa aktualiseras utan att man helt enkelt får tid över att fundera över tillvaron, över livet. Dessa funderingar kan komma att leda fram till existentiella frågeställningar som man känner ett behov av att få dryfta med någon som har möjlighet att ge svar, vilket representanter från samfund många gånger har.

Vad som också är viktigt att komma ihåg är att dessa religiösa önskemål inte alltid är tydliga eller medvetna hos vårdtagaren. Istället är det så att dessa religiösa behov uppstår när den sjuke eller omsorgstagaren kommer i kontakt med någon från ett samfund eller blir tillfrågad av personalen om detta, något som denne man tar upp: ”Det fanns nog ändå

något litet behov. Fast jag hade nog inte känt det behovet om personalen inte hade nämnt någonting.” Vad som dock verkar vara en generell tendens och som vi tog upp i inledningen av kapitlet är att omsorgs- eller sjukdomssituationen aktualiserar existentiella och religiösa frågor, något som denne person framhåller:

Jag tror att det nog är det är enklare överlag att prata om religionen när man befinner sig på sjukhus. Man vill prata om vad som händer efter döden. Varför finns vi här? Varför ska jag dö? För dom frågorna kommer också upp och just det här existentiella. Man känner sig hotad existentiellt: att när jag dör så kommer jag aldrig mer att existera och den chocken som kommer när man inser det. Alla får dom här frågorna och när man går ett steg längre och verkligen inser att jag kommer aldrig mer att existera. När man inser det så blir det en jättedepression. Och där är det, menar jag, viktigt att man blir uppreparerad i sina funderingar även andligt och religiöst.

Så även om dessa religiösa behov inte är allmängiltiga är det något som är vanligt förekommande, men som dock i vissa fall inte alltid är artikulera hos vård- och omsorgstagaren.

## Vem efterfrågas

Vem som skall stå för den religiösa praktiken inom vård- och omsorg är mycket komplext och kan hanteras av den sjuke själv, av religiösa representanter eller av familj och vänner. Man skulle också kunna tänka sig att personalen tog hand om detta, men i en svensk kontext är detta inte vanligt förekommande. Vi kommer i kapitel sex närmare gå in på detta men skall nedan visa hur man ser på de representanter från olika religioner som man kan komma i kontakt med inom vård och omsorg.

Vad som visat sig utmärkande när det gäller önskan om kontakt med representanter från samfundet är att man ofta önskar en personlig kontakt med särskilda personer.<sup>13</sup> Många gånger är det främst på så vis att man känner förtroende för denna person, men det är inte alltid avgörande vilket specifikt samfund hon eller han representerar. Man önskar någon som man har förtroende för som står för det allmänreligiösa (individ), men att detta inte nödvändigtvis är kopplat till det religionsspecifika (grupp). En man berättar:

Jag vet en präst som kom till en muslimsk man och dom fick jättebra kontakt och dom träffades flera gånger innan patienten avled och både prästen och patienten sa - för jag ifrågasatte det lite - att det kändes okej att ha en präst. Både prästen och patienten sa det att det spelar ingen roll, bara det är en ”gudsman” så är det bra.

Eller som en person med en kronisk sjukdom för fram när hon berättar hur hon tog upp med prästen att en medpatient kanske behövde hans stöd:

---

<sup>13</sup> Se även Laghé 2005:31.

Jag anade att patienten på gång femton var i behov av stöd, men när jag frågade henne så sa hon nej. Men jag nämnde det för prästen och så kunde han knacka på, titta in lite och presentera sig bara. Och de ändrar sig oftast efter ett tag när de märker att det inte är farligt, att det är en vanlig människa som kommer in där. Det är en tjej i 30-års åldern.

Förtroendet för personen kan även bygga på att denna har samma kön som man själv har. Vid flera tillfällen framkom att man gärna ville att det skulle vara en person av samma kön som man träffade i dessa ärenden särskilt om det gällde samtal. Eftersom sjukdom ofta aktualiserar kroppsliga aspekter uttryckte man en tveksamhet att tala med en person av det andra könet om detta. Även om samtalen handlade om det andliga och religiösa så var det svårt att inte komma in på varför man befann sig på sjukhus och kanske ville man ha religiösa förklaringar till den sjukdom man drabbats av. En av kvinnorna säger: ”Helst kvinnor till kvinnor och män till män. Vi skulle behöva en kvinna som imam. Det hade varit mycket bra.” Även ålder kan ha betydelse för att ett förtroende uppstår, vilket denne man ger uttryck för:

Alltså kommer det någon som är munk och bara är 25 år. Hur pratar man om livet då, om hur det är? Det känns inte riktigt förtroendeingivande. Framför allt inte i den situationen när perspektivet blir sådant att man så väldigt lätt genomskådar människors tankar. Man vill nog ha någon som har åtminstone lite livserfarenhet, som kanske har varit med om lite. Ja, nu gick det väldigt snabbt allt för min del, så att hade jag hade nog kunnat prata med vilken munk som helst som kunde ordna det praktiska åt mig. Men sen när det gäller och prata om det här om tomheten och när livsperspektivet helt förändras så måste det vara någon som man känner förtroende för, annars blir det fel.

En annan aspekt att ta i beaktande är vem som skall genomföra religiösa ritualer i en vård- och omsorgskontext. När det gäller dessa religiösa ritualer skall många av dem helst genomföras av en representant från det samfund som ritualerna är kopplade till, men i akuta situationer, som ofta kan uppkomma i en vårdsituation, finns där en hög grad av flexibilitet, vilket denne ortodoxe präst ger uttryck för:

Informant: Kyrkan har till och med den ordningen att om barnet är så sjukt att det bara har några minuter kvar att leva så kan man döpa i luft, det vill säga om det är en extrem situation. Om man absolut inte hinner tillkalla en präst kan en lekman göra det eftersom det är en extrem situation. När det är bara frågan om några minuter kvar så...

Intervjuare: Och då spelar det i det läget spelar det ingen roll om det är protestantiskt eller ortodox person?

Informant: Nej, men det är viktigt att vi tror på Gud.

Återigen ser vi hur det religionsspecifika övergår i en mer allmänreligiös handling där det är religionen i sig som är det viktiga och inte specifika religioner.

Vad som också framkommer är att de riter och samtal som är kopplade till det religiösa och andliga vill man helst att de skall tas hand om av någon som har en religiös

förankring. Man önskar att dessa tas hand om av någon som på ett eller annat sätt representerar religion. En av de ortodoxa prästerna berättade hur han vid besök på sjukhus ombeds av personer med muslimsk bakgrund att be för dem. Han tar upp ett tillfälle när han träffade en kvinna som när hon förstod att han var präst blev väldigt glad för hennes pappa var mycket sjuk och hon ville att någon skulle be för honom. Hennes pappa var visserligen muslim, men fanns långt bort och hon ville vara säker på att någon bad för honom så när hon träffade den ortodoxe prästen bad hon honom göra det. Även här behöver det alltså inte vara kopplat till ett specifikt religiöst samfund, utan kan röra sig om religion i allmänhet och, som framkom ovan, att det är person som man känner förtroende för. Låt oss avsluta med ett citat från en person från sjukhuskyrkan som lyfter fram att det inte alltid är självklart när hon träffar människor på sjukhuset vem som efterfrågas och från vilket samfund denna person ska vara:

Jaha så du är katolik, men då kanske du vill prata med någon som är katolik? Vi har kontakt med en katolsk präst som jag känner och han är jättebra. Sen finns det dom som är katoliker som inte vill det, för man kommer från ett katolskt land och man kanske har varit lite emot sin kyrka. Det finns ju dom som säger: Ja, ja men jag har en tro med mig från Katolska kyrkan ,men jag vill inte träffa den katolska prästen, men jag fortsätter gärna träffa dig.

## Varför det finns ett behov av religion

Ovan har vi tagit upp hur behovet av och önskemål om religion i en sjuk- och omsorgskontext kan ta sig uttryck. I denna del skall vi titta närmare på varför man önskar religion och andlighet i detta sammanhang. Genom att lyfta fram varför detta efterfrågas kan vi få en bättre förståelse för vad som efterfrågas, men även synliggöra det som är unikt med religion när det gäller kultur och vård. Det som framkommer är hur religion som en aspekt av kultur på många sätt är unik. Det finns inom religionen funktioner som andra delar av kulturen inte har och som i en sjuk- och omsorgskontext många gånger efterfrågas. Även när det gäller varför religion efterfrågas är detta kopplat såväl till det allmänreligiösa som till det religionsspecifika, men oavsett om det ligger nära vad ett unikt samfund står för eller om det är en bredare ospecifik andlighet det handlar om, så rör det sig om något som religion står för och som inte går att finna inom andra sociala och kulturella uttryck.

## Religionen som det enda

Men sen kom ju den här diagnosen och då togs precis allting ifrån mig.

Vad som framkommit som tydligt i de intervjuer som gjorts är hur religion har en unik position och funktion inom en vård- och omsorgskontext. De frågor som aktualiseras i denna situation handlar många gånger om det som händer med kroppen när man blir sjuk eller behöver omsorg, men nära kopplat till detta följer frågor som hör samman med varför detta sker och inte endast ur en biologisk synvinkel. Frågor om vad den förändrade fysiska förmågan får för följder för livet i stort och om varför detta händer just då och just

mig kan behöva svar som ligger utanför det fysiologiska. Många gånger fyller religionen en funktion genom att tillhanda hålla svar på dessa existentiella frågor. En av prästerna förklarar det koncist så här: **”Man har det jättesvårt. Det har hänt hemska saker. Man är svårt sjuk eller någon anhörig är svårt sjuk. Eftersom det blir väldigt mycket i livet som blir oviktigt och då ber man till Gud.”** Detta framkommer även hos den kvinnan som citatet som inledde avsnittet. Hon fortsätter sin berättelse med vad som hände henne när hon fick sin diagnos och **”allting togs ifrån”** henne så här:

Så värden i sig funkade. Den har jag absolut inget att klaga på den fysiska värden. Men just det andra, allt det här andliga och psykiska och så. Och det går ju hand i hand, speciellt när det är något livshotande. Då kommer det andliga in som ett brev på posten. När det hände mig så bara låg jag där helt... Vad ska jag göra? Hur ska jag leva mitt liv nu? Ska jag flytta hem till mamma eller vad ska jag göra? Vad ska jag göra med mina sista år liksom, vad ska jag göra? Jag saknade att prata om det här andliga och döden och sådant, för det var det enda jag behövde prata om då eftersom jag befann mig i en existentiell kris då. För det var hela tiden: Ska jag leva eller dö? Ska jag leva eller dö?

Kvinnan kom sedan i kontakt med en präst och framhåller dennes funktion med: ”Han var ju den enda som pratade till själen kan man säga.” En person från sjukhuskyrkan berättar följande om vilken funktion samtalen med honom kan ha när det gäller personer som får palliativ vård:

Det är så oerhört personliga samtal eftersom man är i kris. Och på hospice där man är döende och många som blir inskrivna där har jobbat rätt mycket med sin egen sjukdom och död. Alla kanske inte har kommit riktigt, riktigt jätte, jätte, jätte långt, men dom flesta har ändå kommit så långt att dom tänker: Nej jag kan inte bli frisk. Jag kommer att dö. Jag kommer att dö på den här vårdinrättningen. Där tycker jag samtalen mycket fortare blir väldigt djupa och handlar om Gud väldigt mycket mer, för att det finns liksom ingen anledning eller inga försvar kvar så att säga. Där tycker jag att samtalen väldigt fort blir väldigt djupa och handlar om det allra, allra viktigaste i livet, men de handlar också om döden och man tänker: Sen då? Vad är svårt att lämna? Så blir det kanske jag som får ta emot det. Och det tycker jag är något oerhört vackert och fint som jag är jättetacksam för.

Religion kan erbjuda direkta svar när det gäller detta. För en del människor kan det även vara så att vissheten om att det finns svar räcker, även om man inte själv ställer sig bakom detta. Religionen kan alltså komma att ha en funktion även för en person som under andra omständigheter inte skulle uppfatta sig eller uppfattas som religiös, något som denne representant från ett samfund ger uttryck för:

De vill gärna träffa en imam eller en präst. Jag tycker att det är självklart att vill dom träffa en imam eller en präst även om de är sekulariserade så ska dom få göra det. Jag ser det i samband med döden, när en person förlorar en vän eller någon närstående, att även om man inte är troende praktiserande kan man säga: Jag är inte praktiserande, men kan du inte hjälpa mig att be. Kan du ge mig bön? Kan du inte rekommendera någon sida eller någon bok som jag kan läsa?

Eller som denne präst säger: ”...då är det oftast skarpt läge, det är ju livets stora frågor om varför man är sjuk och varför livet kan vara så här orättvist?” och där han menar att det finns en anledning att han som präst blir kallad.

## Religion som hjälp och tröst

För många kan alltså religion ge svar till varför det som sker med dem i denna situation sker. Religionen ger dem en förklaring till och mening med hela livet, men också en förklaring till döden (vilket närmare diskuterades i kapitel 2), vilket denne person ger uttryck för: ”Mitt liv är inte bara att äta, dricka och sova och så vidare utan det är enligt min skapares vilja och sedan avslutas det här uppdraget med döden.” Kvinnan som tidigare tog upp hur hon reagerade när hon fick besked om sin sjukdom berättar längre fram i intervjun följande om vilken funktion religionen hade för henne i denna situation:

Så jag gick in på toaletten och så sa jag: Gud hjälp mig att bli frisk så fixar jag hösten. Omen sen sa jag till mig själv: Vad hemskt att jag bara kan tänka på Gud nu när det krisar. Men så tänkte jag så att: Nej han har kallat på mig nu. Det är så det är bara. Så då började jag liksom tro på Gud för jag var tvungen. Det fanns liksom inget alternativ (skrattar). Jag var tvungen bara...

En annan kvinna berättar vad det innebär för henne att som sjuk få lyssna på inspelade religiösa texter: ”Det ger lugn, och man kanske tänker fel. Genom att lyssna kan man ta bort det.” Men det är inte alltid så att tron i sig är det enda stöd som behövs utan många gånger vill man tala med och dela detta med någon annan. Genom samtal med någon som har en liknande svar på vad som sker så kan det man själv står för stärkas, något som kan vara viktigt i en livssituation som kanske inte blivit som man tänkt sig. Att tala med någon och tillsammans med denna person kanske även utföra riter kopplade till religion kan stärka en person och ge honom eller henne tröst och kraft. En av prästerna berättar följande:

Före en operation som skulle kunna leda till döden kan man ge sjukas smörjelse. Man kan vara nästan frisk på sätt och vis, men inför en operation kan man göra det ändå. Även en rutinoperation kan plötsligt gå snett och man kan dö, så att jag accepterar att ge till dom även om dom inte alls är i nära döden. Jag vet att det finns mycket problem på sjukhusen. Det är överbelagt och så och då kan man göra misstag. Då kan saker hända som man inte alls tänker på. För att ge ro innan man blir opererad kommer jag med de sjukas smörjelse och bikt och då känner man sig trygg när man går in på sin operation.

En del människor kan dock känna sig osäker på vad religionen står för och vad som förväntas av en i den situation som uppstått och genom samtal med religiösa representanter kan detta redas ut och personen i fråga kan komma till ro i sin religiösa tro. Låt oss ta en lite längre berättelse från en imam för att visa hur det kan vara:

När man befinner sig på sjukhuset befinner man sig i en annan värld. Man tänker på ett annat sätt och allt ändras. Sjukdom betyder svårighet och svaghet, och det betyder att man är närmare Gud. Det betyder att man inte vill slarva mot sig själv eller mot sin Gud eller mot någon annan. Har man inte kunskap, så börjar man själv fantisera och så vidare. Och

det kan bli väldigt svårt för personalen, för personen själv och för de anhöriga. En gång ringde dom från hospice och sa: Vi har en person som är nära döden mycket, mycket nära döden. Jag sa att jag kan komma i morgon, men dom sa: Nej vi tror inte att döden kommer att vänta så länge. Du måste komma nu. Så jag åkte ditt en timme senare och pratade med honom. Personalen berättade att han inte ville ta emot någon hjälp av en kvinnlig vårdare, inte ens för få vatten eller för att byta lakan. Han sa: Hon är en kvinna och jag är en man och islam förbjuder detta. Hur han kom på det vet jag inte, men det var sant för honom. Hur ska jag kunna möta Gud om en timme, om två timmar med dom här stora synderna? För honom var det stora synder. Som tur var kunde jag förklara för honom. Jag kunde lugna ner honom genom att han fick veta att även om hon ger honom vatten så har han inte syndat, varför han kunde slappna av. Han behövde inte längre vara på sin vakt hela tiden. Att en kvinna som ger mig vatten är inte en synd. Att det är kvinna rättar till mitt täcke är inte en synd. Detta hade varit jättesvårt för honom och nu kunde lugna ner honom genom att berätta att även om det är en kvinna som ger dig så det är inte någon synd. Nej, tvärtom det är en synd om du om du inte vill ha detta. Och sen dog han en timme eller två timmar senare. Det var jättefint för mig att få lugna ner honom så att han inte lämnade världen med den där ångesten eller med dåligt samvete. När man befinner på dödsbädden måste man få hjälp att bli stark i tron. Att kunna veta att du kommer möta en gud som inte är straffande utan som är förlåtande. Att du inte tappar hoppet även om du levt ett ont liv hela ditt liv för ångrar du det innan själen lämnar kroppen så allt är borta. Där är religionen viktig, menar jag.

En annan representant från ett samfund lyfter fram att denna möjlighet att få tröst i religionen öppnar upp för att kunna hantera sjukdomen. Han säger: "Det finns mycket tröst i att vi är i Guds händer oavsett om man är frisk eller sjuk och det ger en förtröstan, vilket innebär att man kan fokusera bättre på den situation man befinner sig i." Det kan även vara så att man inte själv upprätthåller någon religion eller har religiösa förklaringar till det som sker, men att veta att någon annan har det och få höra denna person berätta om hur han eller hon tror kan innebära ett stöd och en tröst. Detta kan vara något mycket vagt, vilket dessa personer ger uttryck för när de berättar om personen från sjukhuskyrkan som kommer till den avdelning på sjukhuset där de får sin behandling:

Informant 1: Vi längtar ju efter henne...

Intervjuare: Är det hon som person eller också det hon representerar?

Informant 2: Det är mest hon som person.

Informant 1: Det är personen, men hennes budskap är tilltalande.

Informant 2: Det är ju många här som har det lite tungt och hon har ju sin personliga utstrålning, men så har hon också det religiösa med sig...

Den person som är religiös, vilket ofta i en sjukvårdkontext kan vara en representant från något samfund, får på så sätt stå för ett ställföreträdande hopp. Så här berättar en person om vad en sådan representant kan bidra med:

Han är buddhist och det för med sig en tanke om att han är en medkännande, känslig människa så att säga, att han känna med dom som ligger har det svårt. Han kan därmed fungera som ett stort stöd under hela den sista vårdfasen.

I båda dessa citat ovan framkommer också att det inte endast är den religiösa aspekten som har betydelse, utan det har också betydelse hur denna representant är som person, i likhet med det som diskuterades ovan om vem personen var. En person från sjukhuskyrkan har följande förklaring till varför hon behövs i en sjukdomssituation:

Man vill ha en själavårdare. Oftast vill man prata av sig. Man vill prata med någon som har ett hopp om att det finns en gud och någon som kan be kanske. Man orkar kanske inte själv be eller man vill inte be, men man önskar att det kommer någon som har en tro om att det på något sätt finns en gud som kanske finns med i lidandet, det tror jag. Jag tror att det är viktigt att det kommer någon som har en gudstro. Sen på längre sikt, om man har en längre samtalsserie med någon, då blir det kanske mer viktigt vad man tillhör och hur man tänker och så där.

Längre fram i intervjun lyfter hon fram detta igen:

Men jag själv kan kanske vara ett ställföreträdande hopp till exempel. Jag kan bära ett hopp. Som själavårdare så tänker jag att jag har ett uppdrag av Gud, av kyrkan. Att jag är ett redskap och detta gäller särskilt när man jobbar i ett sjukhussammanhang. Har man en psykoterapiutbildning till exempel så märker man att det är väldigt mycket som är likt det, men det är en ändå en skillnad i att man i det stödjande försöker föra in ett hopp, ett ljus som oftast inte så jättetydligt men...

Det finns alltså något, menar hon, inom religionen som man inte finner inom andra områden, nämligen ett hopp. I slutet av det första citatet kommer hon också in på hur det religiösa behovet återigen kan gå från att vara ett mer allmänt religiöst behov till att vara ett mer religionsspecifikt behov – ”då blir det kanske mer viktigt vad man **tillhör**” – vilket åsyftar olika samfundstillhörighet. Låt oss ta ett exempel till på vilken funktion religion och någon som representerar religion kan ha för en person som blir svårt sjuk genom denna kvinnas berättelse:

Prästen var fantastisk att prata med. Jag pratade med honom non-stop och jag grät non-stop och jag bara pratade och jag grät... Och sen (skrattar) sa jag det här har jag aldrig sagt till någon förut, men kan inte du be för mig. För jag tänkte att han har kontakt med Gud. Han kan be för mig. Jag var så rädd att **jag skulle dö så jag bara... Så han höll mina händer** och jag satt där och grät och han bad till mig och det kändes så bra. Jag behövde bara den trösten. Som vuxen kan man ju inte krypa in i någons famn på samma vis som ett barn. Så det kändes så bra, för man behöver så mycket tröst i den processen. Det var jättevärdefullt.

Diakonen Birgitta Laghé beskriver detta med att de religiösa representanterna i en sjukvårdskontext ”fyller rollen av ’ställföreträdande troende’ [...], där deras uppgift i första hand kan karaktäriseras som ’att vara’ snarare än ’att göra’ (Laghé 2005:43).

Många av de frågor som rör meningen med tillvaron är sådana som man skulle kunna ta upp även med anhöriga och vänner, men som man inte, eftersom de ligger för nära **det existentiella, ”törs” ta upp med dessa för att man inte vill oro dem. Det kan av anhöriga uppfattas som att man är sjukare än vad man är och man undviker därför dessa**



frågor, vilket återkommer nedan när det gäller det förtroende man har för olika människor.

## Förtroendekapital

Man kanske vill ha någon med sig när man ska ha en planeringsrund eller inför utskrivning till exempel. Man vill ha någon som man vet helt säkert står på ens egen sida.

Citatet ovan, från en person från sjukhuskyrkan, är ett exempel på vilken funktion de religiösa representanterna kan ha för människor inom vård och omsorg och denna funktion hör samman med att de personer som representerar religionerna (präster, imamer, rabbiner, diakoner, munkar etc.) upprätthåller ett starkt förtroendekapital hos många människor. Det finns flera förklaringar till detta. Ett är att dessa personer befinner sig utanför vård- och omsorgskontexten. För de personer som inte har en fast religiös tillhörighet till något religiöst samfund befinner sig dessa personer dessutom utanför alla sammanhang som man tillhör. En kontakt med en sådan person innebär alltså att man inte har några etablerade band med denna sedan tidigare och att man kanske inte kommer att ha det efter tiden inom vård eller omsorg. Därmed kan man vara mer öppen - det finns inga hänsynstaganden att ta - och man kan tala mer förutsättningslöst om det man för tillfället tycker är av allra största vikt och inte om det som man tror personen man talar med förväntar sig höra. En präst ger följande förklaring:

Det har förvånat mig mycket över att det är så lätt för människor att börja prata med en präst. Man kunde ju tänka sig att människor vara mer misstänksamma: Kom inte här och försök pådyvla mig om Gud eller så. Men det ser man mycket, mycket sällan. Det är inte ofta som jag får den responsen, utan det är mer att: Jaså du är präst jaha, och sen så börjar man prata om sig själv. Det är precis som att det finns.... Som om prästen är någon man kan prata med och som kommer hit för min skull och vill prata med mig, det tror jag. Men jag blir förvånad varje gång, att jag så lätt får respons från människor. Kanske tänker man att en präst det är en sådan som man får lov att prata med om lite allt möjligt. Jag tycker jag får det bekräftat ofta. Ta en stol och sätt dig, kan dom säga, det var länge sedan jag pratade med en präst, men nu vill jag pratade med dig.

Denna frihet i samtalet med religionsföreträdarna framkom både när det gällde vad de upplevde sig inte kunna tala med anhöriga om och vad man upplevde sig inte kunna prata med personalen om. Både när det gäller anhöriga och personalen är det inte endast att man inte vill uppta deras tid, utan även att det finns saker om sjukdomen eller inom vården som man inte ville dela med dessa personer bland annat för att inte oro dem. En av männen berättade att han inte ville tala med personal och anhöriga om följderna av sjukdomen och sina funderingar över om han skulle överleva – frågor som för honom var mycket viktiga –eftersom han var rädd att de skulle uppfatta det som han hade gett upp eller var mer sjuk än han egentligen var. Med en religiös företrädare menade han skulle det ligga närmare till hands att tala om detta eftersom de inte skulle oroas av hans funderingar och skulle kunna ge honom förklaringar bortom det biologiska till det som

skedde. Det senare är alltså återigen den förklaring till varför religion efterfrågas som framkom ovan – att religionen kan ge svar på existentiella frågor.

Men den kanske avgörande anledningen till det förtroendekapital som religion och de religiösa företrädarna står för är den om absolut tystnadsplikt. Vetskapen om att dessa personer har en *absolut* tystnadsplikt innebär att man kan tala om allt med dessa personer och vetenskapen om att detta inte kommer att föras vidare även om man avlider skapar en starkt förtroende som man upplever sig endast finna hos dessa personer. Det kan alltså finnas sådant som en person vill tala om som man menar sig *endast* kunna ta upp med en religiös representant. Så här förklarar en präst vad det kan betyda:

Informant: Med en präst så talar man om väldigt väsentliga saker helt enkelt. Det kan vara allt från livet, döden, vad händer efter döden till väldigt personliga saker. Många människor kanske känner skuld. Dom kanske har gjort nånting som dom känner en väldig skuld för. De har kanske varit otrogna. Kanske fick sitt barn utom äktenskapet eller kanske har dom gjort en abort. Det kan vara vad som helst för något. Precis vad för något som helst som man ändå på något sätt vill tala om. Jaha här är en präst, och så kan man berätta allt detta. Det är också väldigt viktigt att: Det här är och det här får du inte säga till någon. Nej självklart jag har 100 % tystnadsplikt. Det kan vara väldigt förlösande att kunna lägga av den skulden som en människa kan känna och ibland är det ju en skuld som egentligen inte är en skuld. Personen kanske upplever sig ha skuld och ibland så är det ju kanske en rejäl skuld och det kan man ändå lägga av.

Intervjuare: Men kan man inte göra till en terapeut?

Informant: Nej inte på samma sätt. Inte på det sättet, det tycker inte jag. En terapeut tror jag att man ju går till för många samtal, för att liksom komma nånstans, men till en präst kanske man bara pratar med en, två gånger. kanske tre fyra fem gånger.

Ett liknande resonemang för en annan präst och framhåller att det kan handla om ”sånt som människor har grubblat över mycket länge, ibland kan det vara en riktig uppgörelse med livet” och menar att där kan han som mer utomstående och med tystnadsplikt fylla en viktig funktion. En person från sjukhuskyrkan berättar att hon ibland möter människor som mer direkt vill tala om döden. Man kan ha en allvarlig sjukdom eller kanske finns det missbruk med i bilden, och man upplever att man inte kan eller vill ta upp ämnet med anhöriga, vänner eller personal och sedan fortsätter hon:

..man vet någonstans att man är nära döden, men så tar man upp det med sina vänner och då blir det tvärstopp. Men man vill gärna prata om det, upplever jag. Jag brukar ibland understryka att jag har tystnadsplikt, så det är inget som hamnar i journalerna. Det tycker jag är viktigt.

## Som ”sällskap” eller sjukvårdersättande

Det finns dock funktioner som religionen fyller inom vård och omsorg som inte direkt hör samman med att de är religiösa/andliga. En av dessa är att de religiösa representanter som finns på t.ex. sjukhusen upplevs ha tid att lyssna och att man med dessa kan prata om både sjukdomen, men kanske väl så viktigt prata om allt det som *inte* har med sjukdomen

att göra. Dessa personer blir en form av sällskap och stöd där man känner att man kan få tala utan att man stör eller tar tid från någon som har fullt upp med att ta hand om den fysiologiska omvårdnaden och som uppskattas för detta, vilket denne person från sjukhuskyrkan ger uttryck för:

Jag går dit. Jag annonserar att: Hej, här är jag. Jag går runt och hälsar, och säger: Jag kan inte hjälpa dig med något medicinskt, och då kanske dom säger: Jaha, vad trevligt. Det får vi så mycket av ändå, så det är bra att inte du vill sticka mig. Och så ställer jag någon fråga och så fortsätter samtalet så där. Oftast ser det ut så.

En av annan person från sjukhuskyrkan berättar följande om vad han möter när han är ute på de olika avdelningarna på sjukhuset:

Ganska ofta är samtalen kontaktskapande och enkla. Man är kanske den enda som frågar enkla saker som: Vart bor du? Har du barnbarn? Vad kommer du ifrån? Alltså ställer dom vanliga frågorna som skapar en viss kontakt. Man märker att ofta är det som att trycka på en knapp och så öppnar dom upp och vill gärna prata. Dom vill gärna prata om sig själva. Det behöver inte vara så väldigt allvarligt. Det kan vara enkla vardagliga fraser. Men jag är en vän av vanliga fraser. Jag tycker det känns bra. Jag tror inte att det alltid finns tid till det i en sjukhusmiljö, att höra efter vem är du? Hur tänker du? Hur har du det? Det gäller kanske främst den som är ensam och inte har någon att bara vara sig själv inför. Man känner att man är välkommen i de här vardagssituationerna och konstigt nog så tyckts en präst från Svenska kyrkan då behövas...

Som citatet visar så behöver samtalen med en religiös representant inte handla om religion, i all fall inte i ett initialt skede, utan dessa personer blir en neutral part som kommer utifrån och som man kan tala om all dagliga saker med utan att man "tar upp" någons tid.

Det kan även vara så att man kan ta upp frågor och funderingar med dessa som man inte vill ta upp med anhöriga och vänner av flera olika orsaker. Det kan vara att man inte vill, hinner med eller kan tala familjen och andra som står en nära med samtal av helt vardaglig karaktär, utan att man vill prata med dem om det som i en sådan situation är av större vikt, dvs. det motsatta förhållningssätt som nämndes ovan där man ville tala om det som kan upplevas vara av allra största vikt med de religiösa företrädarna och om det mer vardagliga med anhöriga. Även när det gäller en mer regelbunden verksamhet som den som sjukhuskyrkorna bedriver på sjukhusen så behöver denna inte vara primärt kopplad till den religiösa funktionen. En person från sjukhuskyrkan berättar om hur hon arbetar med en grupp på beroendeenheten på ett sjukhus:

Nej, det är inte en kristen grupp. Jag brukar vara väldigt noga med att dels berätta att jag kommer från sjukhuskyrkan och att jag har min tro, men att det är väldigt viktigt att vi respekterar våra olika ståndpunkter, och så att jag inte är där för att predika för dom en timme i veckan, utan att det får vara en grupp där man diskuterar existentiella och etiska frågor – och att vi delar våra livserfarenheter helt enkelt. Rätt så ofta kommer vi in på ämnen som skam, skuld och förlåtelse. Jag talar inte om vad jag tror annat än på en direkt fråga. Men jag kan ju naturligtvis säga att utifrån min tro så tänker jag och resonerar så här.

En annan aspekt som hör samman med religion i en sjuk- och omsorgskontext och som inte egentligen handlar om något som är unikt med religionen hör samman med möjlighet till kontinuitet. En etablerad kontakt med en religiös representant innebär många gånger att denna person följer personen genom hela hans eller hennes sjukdomstid. Man vet att denna person finns till hands – i många fall dygnet runt – och att oavsett var på sjukhuset eller inom omsorgen man befinner sig så är det samma person som man kan ha kontakt med. Detta innebär att de representanterna från samfunden kan bli de enda som finns med genom hela sjukdomsförloppet och som därför har en god inblick i personens situation och sjukdomshistoria. Så här berättar en sådan representant om vad det kan innebära för en person som är inlagd på sjukhus:

Det betyder att personen ska känna sig trygg fram för allt. Det är ju skönt att se att här kommer mina vänner. Mitt i ett trauma kan det upplevas som väldigt positivt att man känner igen ett ansikte. Det gör ju också att man tillfrisknar på ett helt annat sätt än vad man skulle göra om det bara kommer främmande personal hela tiden även om dom försöker ge den bästa vården, vilket de också gör men det också så att det skapar en trygghet att se något välbekant.

## Avslutning

Låt oss avsluta kapitlet om behoven av religion och andlighet inom omvårdnad och frågan om varför detta efterfrågas, med att återgå till berättelsen tidigare i kapitlet om mannen som tog upp behovet att samtala med någon om detta när man blev sjuk:

Jag tror att när man är tillräckligt nära döden så finns det alltid ett religiöst perspektiv. Man undrar alltid över vad det är som ska hända. Det är det ena och sen är det så att när man ligger inne och befinner sig i en kris, då vill man ibland ha någon att prata med. Det har ju kanske inte alltid att göra med det religiösa perspektivet utan mer med det praktiska som begravning till exempel. Hur man sköter det och hur man fixar det och vem tar hand om kvarlevorna och så vidare. Och så naturligtvis när man ligger tillräckligt länge så kan det ju vara intressant att ha någon att prata med inte bara för att få tiden att gå, utan det kan ju vara frågor som man funderar över eller som man vill prata om. Det kan vara händelser som man vill prata av sig. Det behöver ju inte vara i någon slags biktsituation, utan det kan ju vara av andra saker som man vill diskutera så att allmänt, tror jag...

Denna berättelse lyfter, förutom behovet av samtal, fram flera andra av de delar som tagits upp i kapitlet, tidsöverskott, behov av förklaringar, existentiella såväl som praktiska och att få prata i största allmänhet. Citatet visar även hur dessa olika förklaringar kan gå in i varandra. Det är alltså inte så att det endast finns en typ av religiösa behov och en orsak till detta religiösa behov. Det är inte alltid helt uppenbart vad som efterfrågas och varför, men att behovet finns går inte att komma ifrån. Om vi för en stund, för sammanfattandets

skull, återgår till reflekterandets frågor - *vad, var, när, vem, hur* och *varför* – kan vi konstatera att vi i detta kapitel berört samtliga av dessa frågor. Vad-frågan avser naturligtvis behovet i sig, men också att det är svårt att tydligt avgränsa behovet, dess innehåll kan skifta beroende på en mängd olika yttre omständigheter. Detta innebär naturligtvis att frågan om vad även är kopplat till exempelvis vem-frågan. Det finns en rad olika aktörer som bemöter det stora behovet av det andliga, existentiella och religion i vårdkontexten och dessa förhåller sig hela tiden till *vad* som efterfrågas, vilket naturligtvis innebär att de går i de andliga och religiösa praktikerna med ett stort mått av pragmatism, de gör vad som fungerar i det aktuella sammanhanget. Detta innebär med andra ord att såväl vad- som vem-frågan även är kopplad till hur-frågan. Andligheten och religionen (det allmänreligiösa såväl som det religionsspecifika) anpassas till rådande kontext. Till syvende och sist kan vi också konstatera att vi i detta kapitel även förhållit oss till varför-frågan, det finns en lång rad olika anledningar till varför människor i sjukdomskontext har ett andligt, existentiellt och/eller religiöst behov och det är viktigt att påminna sig om att själva kontexten är särskilt viktig för att förstå vad som ligger bakom behovet.

# KAPITEL 5:

## Ett sammelsurium av aktörer

### Inledning

Frågan om kulturens plats inom vård och omsorg är inte endast en fråga för vårdgivaren och vårdtagaren. Det finns inom detta område flera andra aktörer som vill stå för eller beakta att vårdtagaren får denna form av vård. När det gäller det religiösa området blir detta särskilt tydligt. Frågan om religion är ofta, om än otydligt, formulerad i sjukhusens och andra vårdgivares policydokument.<sup>14</sup> Vad som däremot i en svensk kontext är mer oklart är hur och kanske främst av vem som detta behov skall tillgodoses. Eftersom omsorgen och sjukvården i Sverige inte fullt ut står för och organiserar dessa aspekter öppnar det upp för ett flertal olika aktörer att träda in. Det kan komma att ligga på patienten själv att tillgodose sina religiösa behov, men också anhöriga och vänner kan hjälpa till med detta. Många gånger är det dock de religiösa samfundet som står för den religiösa omsorgen i en vård och omsorgskontext och av historiska skäl har det främst varit Svenska kyrkan som haft ett nära samarbete med sjukhus och andra vård- och omsorgsinrättningar. Vad man dock måste ta i beaktande är att Svenska kyrkan och andra samfund inte har någon skyldighet stå för denna omsorg, vilket öppnar upp för andra

---

<sup>14</sup> Detta kan jämföras med Storbritannien där The Patient Charter (ett regeringsdokument som reglerar patienters rättigheter) från 1991 som första av nio National Charter Standards fastslår respekt för personligintegritet, värdighet och religion och kultur (Gilliat-Ray 2008).

aktörer att tillgodose detta eller till att det helt förbises. I kapitlet kommer vi att lyfta fram de olika aktörer som erbjuder och står för religiös och andlig omvårdnad och visa hur oklarheter i ansvarsfördelningen, leder till en mycket komplex situation. Detta är nämligen ännu en aspekt som gör det svårt att veta och förstå hur kultur och vård skall kunna tillämpas i praktiken.

## Vård- och omsorgsinrättningarna

En viktig aktör när det gäller den religiösa och andliga omvårdnaden är sjukhusen och andra vård- och omsorgsinrättningar. Inom svensk sjukvård och omsorg arbetar man utifrån olika riktlinjer och policier. I dessa ingår hur vården skall utformas och där finns oftast direktiv om att man skall erbjuda andlig vård. Det är dock många gånger så att det inte finns fastlagt hur denna vård skall ske och vem som är ansvarig för att ge den. Som en följd av detta blir det många gånger upp till varje enskild avdelning att utarbeta riktlinjer och det är inte alltid ens klart på avdelningsnivå hur man skall arbeta med dessa frågor. Det leder till att det för personalen och vårdtagaren, samt för de anhöriga och de religiösa samfunden som vill erbjuda en sådan omsorg, förblir oklart om vad som erbjuds och vem som skall stå för detta. Ett återkommande önskan bland dem vi intervjuade var att sjukhusen skulle ta ett större ansvar och det fanns en uppgivenhet inför sjukhusens bristande intresse i frågan. En av de intervjuade säger: ”Jag tror man förbiser det. Jag tror inte det finns såna visioner eller nåt sånt. Jag tror bara man förbiser det behovet och tycker att det får väl samfunden fixa själva”. Andra framhåller att det kanske finns ett intresse för dessa frågor från sjukhusens sida, men att de står långt ner i prioriteringen och att det är ekonomin som styr:

Jag tycker att det känns tråkigt när man nöjer sig med det. Jag är less på något sätt... Man har ett sjukhus som är rökfritt nu också. Det är jättefint, det är jättebra att vi är rökfria och sen så satsar man, du vet, det pågår en massa sådana projekt. Jag skulle vilja att man också i allt det här hade tänkt kring hur man tar hand om människors kulturella-andliga behov. Hur respekterar man det och hur låter man det få finnas med som en faktor. Men det är väl oftast så att för varje sån där sak som man ska reflekterar över och identifierar så tror jag att organisationen ser kostnader också. Jag tror att det är så enkelt. Man säger: men vem ska göra det och på vilken tid och för vilka pengar?

Sjukhusens bristande engagemang i dessa frågor menar man vara en missbedömning från sjukhusens sida, vilket denna man tar upp:

Jag tror sjukhusledningen måste ta det på allvar. Dom måste ta det på allvar om dom menar sig stå för fysisk, psykisk och andlig vård. Då måste det finnas någon rimlig balans mellan dessa, vilket det inte alls finns. Det finns inte alls när det gäller den andliga vården utan det ses bara som någon slags överbyggnad som egentligen inte behövs, men som nämns för att det ska låta vackert...

Här framkommer alltså en kritik mot att man inom en svensk vård- och omsorgsorganisation inte verkställer det som, om än ofta diffust, tas upp om religion och andlighet i svenska sjukvårdspolicier. Här skiljer sig Sverige från exempelvis Storbritannien där man t.ex. **utifrån vad som framkommer i den första paragrafen i "The Patient Charter"** – att man skall visa respekt för patientens religiösa tro – anställer religiösa representanter på sjukhusen som kan säkerställa att detta tillgodoses (Gilliat-Ray 2008). Att detta skulle kunna vara en sätt att också organisera den religiösa omvårdnaden i Sverige var något som ofta framkom i intervjuerna. En person sa att detta skulle vara positivt: "för det är dom som vet vad som behövs och dom kan dirigera uppdraget på ett bättre sätt än den som sitter på positioner utanför och vet inte vad som gäller och så **vidare**". Detta skulle också enligt en annan person innebära att man kunde få in personer från varje samfund och styra över vem från samfunden som får uppdraget, något som enligt honom bland annat skulle kunna resultera i: "**att då man också kunnat få en imam** som hade varit lite öppen för andra traditioner. För den som vi pratade om, han verkade **inte så öppen för andra traditioner**". Samtidigt finns det de som uppskattar att den andliga och religiösa vården som erbjuds inte kommer från sjukhuset. Genom att det finns utanför sjukhuset känner man att man kan vara mer öppen och det kan göra att man kan distansera sig från sjukdomen och den fysiska omvårdnaden. Så här berättar en person med en kronisk sjukdom om att få träffa en representant från sjukhuskyrkan:

Hade hon varit kurator så hade det vart mer "arbete". Nu kommer hon mer förutsättningslöst och snackar om vad som helst. Är det kuratorn så gäller det alltid bidrag eller strul med myndigheter eller... Det är ju lite mer opretentiöst och förutsättningslöst i och med att hon inte har något med sjukhuset att göra egentligen. Hon är inte representant för någon avdelning, utan hon är utomstående...

Det förekommer att man vid inskrivningssamtal frågar om den sjukes eventuella religiösa önskemål, men detta är nog snarare undantag än regel.<sup>15</sup> Inom den palliativa vården är det mer förkommande eftersom det handlar om vård som direkt aktualiserar existentiella frågor. Sjukvården går alltså aktivt in och hjälper den sjuke med att tillgodose andliga och religiösa behov. Vid andra sjukvårdsavdelningar är ofta så inte fallet. I vissa fall är det omsorgstagaren själv som får be om detta eller att representanter från de religiösa samfunden tar ansvar för det eller så erbjuds det inte alls. Önskemål om att man alltid vid inskrivningen frågade om religion var något som ofta framkom i intervjuerna. På så sätt skulle sjukhuset och personalen från början veta om detta och det skulle inte upplevas som svårt att längre fram i ett sjukvårdsförlopp fråga om religiösa behov hos patienten (**något som vissa menade kunde innebära att man "skrämmar"** patienten, det vill säga att hon kan tro att hon är sjukare än vad hon egentligen trodde är när frågor om religion kommer upp). Genom att alltid fråga alla vid inskrivningen så skulle den religiösa frågan avdramatiseras. En man berättar:

---

<sup>15</sup> Se även Strandh 2005.



Ja, min familj kom då när jag låg inne för blodförgiftning. Dom hämtade min son från skolan och det var alltså i den röran som det blir... Då krävs det på något sätt att någon annan tar hand om dom frågorna. Att det är något som frågar till exempel: är du vegetarian? Men personalen frågar inte om religion. Det gör man till exempel på amerikanska sjukhus. Där tar man reda på det fall i fall. Och här skulle man kanske kunna ha en standardfråga som man alltid ställde, till exempel om man tillhör någon särskild religiös inriktning. Ja, det skulle dom faktiskt kunna erbjuda. Man frågar två lätta frågor: Har du någon särskild religionstillhörighet? Vill du vi ska ta kontakt med någon som tillhör den?

Mannen framför också att detta inte behöver vara så svårt att lösa, vilket även en annan person tar upp **genom att konstatera**: ”Det är en sådan där sak som lätt kommer på undantag. Men jag menar det är så klart går att skriva det i journalen eller Kalix eller vad man nu har för system och så för man där in en ruta till.”

Den andliga vård och det religiösa stöd som dock ibland erbjuds på sjukhus vänder sig till den sjuke i vissa fall, medan det i andra fall är de anhöriga som erbjuds stöd. Exempel på detta är hospice där det förekommer att anhöriga kan få stöd, medan det exempelvis vid missbruksvård är den sjuke som erbjuds sådant stöd. Hur detta stöd är upplagt skiljer sig också åt mellan avdelningar. I vissa fall rör det sig om fastlagda återkommande inslag, t.ex. samtalsgrupper med en präst, medan det ibland sker vid enstaka tillfällen. Så här arbetar en person från sjukhuskyrkan på en avdelning på ett sjukhus:

På den avdelningen har jag en samtalsgrupp som är öppen. Man ligger inte inne så länge, så det skiftar från vecka till vecka vem som är med. Jag följer ingen speciell plan för vad vi ska samtala om från gång till gång, utan det blir etiska frågor av diverse slag och existentiella frågor, men det blir ibland en del enskilda samtal där också.

Även inom psykiatrin förekommer erbjudanden om religiös omvårdnad från sjukhusens sida men detta är omdiskuterat. En anledning till detta är att det i en sekulariserad svensk kontext ofta finns en okunskap om religion och därför svårigheter att avgöra om religion för patienten är till nytta eller till skada. Eva Lantz, som är läkare, skriver med anledning av religionens funktion inom psykiatrin:

Inom detta område är religionsblindhet svår och farlig. Gränserna mellan sjukt och friskt är suddiga. Hur medveten är den medicinska professionen? Är den psykisk sjuk som tror att Gud leder oss människor. Det religiösa språket, kanske särskilt det frireligiösa språket är inte tillräckligt känt och förankrat inom sjukvården. Jag tyckte att vissa professorer uttryckte sig som vore de blinda för det religiösa synsättet och språket. Man tolkade detta som sjukt. (Lantz 2006:88-89)

Intervjuerna visar dock på att det finns ett behov av religiös vård inom psykiatrin. Flera av de religiösa företrädarna nämner att de ofta kallas till psykiatrin, men att detta ofta sker akut och på den sjukas direkta önskemål, vilket tyder på att det inte finns utarbetade rutiner på de psykiatriska avdelningarna för hur detta skall ta om hand.

En annan svårighet som följer av att det inte finns några centrala riktlinjer på sjukhusen om hur den religiösa vårdaspekten skall tillgodoseas rör spridningen av information om de

aktörer som erbjuder religiös omvårdnad, t.ex. de religiösa samfundet. En av de intervjuade säger uppgevet att när det gäller detta finns det alla ”**möjliga typer av informationsflöden**”, vilket han inte ser som något positivt. En av de religiösa representanterna framställer det så här:

Antar det är samma på alla sjukhus. Problemet är att personalen inte vet om att det finns att tillgå och att nå ut med information är väldigt svårt. Det finns ju ett intranät, men jag vet inte hur man får ut information där. Och sen ska alla läsa det också och komma ihåg det. Vi har pratat om att sätta upp lappar på avdelningarna, men det är ju ett jättejobb. Det är så många avdelningar och vem tittar på en liten anslagstavla om man är stressad. Så det här känns faktiskt som väldigt stort problem.

En annan säger:

Min önskan är att alla vid inskrivningen skulle få veta att det här och det här och det här finns, och att sjukhuskyrkan skulle vara lika självklar att nämna som alla andra instanser och föreningar som finns på sjukhuset för att hjälpa. Jag skulle önska att man upplyste om att vi fanns mer. Jag har träffat folk, och det här gäller speciellt en avdelning där jag brukar vara, där människor har sagt: Jo, men jag har ju inte haft en aning om att ni fanns...

En av de intervjuade kvinnorna berättar att hon visserligen hade sett broschyrer från sjukhuskyrkan på avdelningen, men att hon hade önskat att även personalen tog upp detta. På så sätt kommer denna aspekt av vården att ses mer som en del av den generella vård som ges och inte som något som sätts in vid vissa speciella omständigheter som vid livets slutskede, menade hon. När det gäller Jehovas vittnen så har de skapat sjukhuskommittéer som arbetar med att sprida information till sjukhusen med fokus på information till sjukhusledning och läkare. Andra samfund som inte har samma resurser har mycket lite möjlighet att kunna sprida information på sjukhusen, vilket framkommit som bekymmersamt. En del av dessa hade därför gärna sett att sjukhuset tog på sig ett större ansvar.

## Andaktsrum

På det flesta större sjukhus finns idag kapell, andaktsrum eller vad man kallar ”stilla rum”. Dessa är intressanta att titta lite närmare på eftersom de på ett sätt är en brygga mellan den religiösa omvårdnad som sjukhusen erbjuder och den som de religiösa samfundet står för. Var dessa placeras, hur de utformas och vem som har ansvar för och tillgång till dessa rum skiljer sig från sjukhus till sjukhus. När det gäller dessa är alltid flera aktörer inblandade eftersom de är placerade på sjukhusen, men det inte är sjukhusen som har ansvar för utformningen av dem och verksamheten i dem. Dessa rum erbjuder en religiös andlig plats på sjukhusen, men ingår inte i sjukhusverksamheten. Vem eller vilka som har ansvar för verksamheten för dessa rum finns det från sjukhusens sida oftast inga centrala riktlinjer för.

Att dessa rum finns är uppskattat, men eftersom det oftast är oklart vem som har det yttersta ansvaret för dem så förblir de ofta okända för patienterna, deras anhöriga,

personalen och vissa fall även för de religiösa representanter som kommer till sjukhusen. Det är svårt att sprida information om dem och sätta upp skyltar som visar var de finns, som en man säger: ”Ja, jag vet att det finns men jag har aldrig varit där. Jag har ingen aning om var det finns ens”. Dessutom trodde han inte att det var något för honom som praktiserande buddhist eftersom han som han själv säger: ”hade föreställningen att det är en strikt kristen sak. Att det hängde ett kors där”. En ortodox präst tänkte sig att det var en lokal endast för Svenska kyrkan. Ett bristande intresse från sjukhusets sida och oklarheter i ansvarsfördelning kan leda till att slutresultatet vid inrättandet av ett andaktsrum inte blir så bra som denna person ger exempel på:

... här finns ju femtielva ingångar liksom, och så ligger det på andra plan i en obskyr... Det är den minst stilla platsen på hela sjukhuset, tycker jag. Det är precis där hissarna stannar och alla kommer, alla dom där transportvagnarna kommer och rullar förbi och dånar som åskan och det är ju pladder utanför och dörrarna slår igen och det är ett förfärligt kaos där. Det är dessutom bara ett rum. Ett tomt rum som inte säger nånting överhuvudtaget...

Återigen ser vi hur den oklara ansvarsfördelningen när det gäller den religiösa omvårdnaden leder till att utförandet blir svår genomförbar. I detta fall finns visserligen oftast en plats att erbjuda – en plats som efterfrågas av vårdtagare – men det huvudsakliga ansvaret för denna plats är inte fastlagt och kännedomen om denna ofta är liten.

## Fördjupning: Att arbeta med religiösa omvårdnad på ett sjukhus

Det följande är ett fördjupat exempel på hur det kan se ut när det gäller hur de religiösa organisationerna arbetar med den religiösa omvårdanden för patienter på ett sjukhus. På sjukhusen upplåter landstingen kontorslokaler åt sjukhuskyrkan. Sjukhuskyrkans verksamhet och organisation är lokal vilket innebär att verksamheten ser olika vid olika sjukhus. I dessa sjukhuskyrkor arbetar präster och i vissa fall diakoner från Svenska kyrkan, men de har sin anställning vid närliggande församlingar. Dessutom finns det pastorer från någon av frikyrkorna vid sjukhuskyrkorna. Dessa pastorer betalas vanligtvis av ett flertal olika frikyrkor och vilken frikyrka som representeras ändras periodiserat. Till verksamheten kan det även finnas präster från Katolska kyrkan kopplade och man åtar sig även att förmedla kontakter med andra samfund om det framkommer sådana önskemål. De som arbetar på sjukhuskyrkorna uppsöker olika avdelningar på sjukhusen. De går runt och presenterar sig och pratar med de inlagda som vill det. Vilka avdelningar man besöker styr de själva. Många gånger blir de kallad att komma till någon. Den som kallar kan vara patienten själv, någon anhörig eller personalen. De har även en del fasta åtaganden genom t.ex. terapeutiska gruppsamtal. Sjukhuskyrkans syfte är att ge ett medmänskligt och religiöst stöd till de som under kontakt med sjukvården behöver det.

På många sjukhus finns också så kallade stilla rum, andaktsrum och/eller kapell. Var dessa finns placerade varierar från sjukhus till sjukhus och placeringen samt utformningen av dessa sker oftast i samråd med mellan Svenska kyrkan, de andra samfundet som är kopplade till verksamheten och sjukhusledning. Dessa rum är öppna

för alla: de sjuka, deras anhöriga och personalen. Representanter från Svenska kyrkan kan finnas på plats i dessa rum vid vissa tidpunkter på dagen, men man kan även enskilt nyttja rummet eller boka det för någon sammankomst eller gudstjänst. Stilla rum/andaktsrum är tänkta för alla religionsinriktningar och det finns oftast inga specifika religiösa symboler framme utan dessa kan vid behov plockas fram. Rummet används många gånger spontant av anställda, sjuka och anhöriga för bön och kontemplation eller för att skriva tankar och böner i de böcker som kan ligga framme i rummet för detta ändamål.

## De religiösa samfunden

### Bakgrund

Eftersom sjukhusen och andra vård- och omsorgsinrättningar i Sverige inte åtar sig att fullt ut tillgodose vårdtagarens religiösa behov hamnar ett stort ansvar på de olika religiösa samfunden. Dessa finns i en svensk kontext utanför vård- och organisationerna, men understöds genom att sjukhusen upplåter lokaler åt dem. I en svensk kontext har det traditionellt varit Svenska kyrkan som stått för att tillgodose de religiösa behoven. Detta har historiska orsaker och går vi långt tillbaka i tiden kan vi konstatera att det i Sverige sedan landet blev kristet var kyrkan som stod för all sjukvård. Först 1763 kom lagstiftningen om att varje socken eller stad skulle ta ansvar för de sjuka, men parallellt med detta fortsatte kyrkan att erbjuda vård och omsorg (Lantz 2006). Inte förrän under 1860-talet tog landstingen helt över ansvaret för vården (Grunddokument för andlig vård inom hälso- och sjukvården, 2004). Ett annat exempel på Svenska kyrkans nära koppling till sjukvården är hospicerörelsen. Denna grundades på 1950-talet i Storbritannien av Cicely Saunders utifrån hennes kristna övertygelse, och bedrevs till att börja med av kristna ordnar. När hospicerörelsen kom till Sverige på 1980-talet var det Svenska kyrkans diakonigårdar Bräcke och Ersta som först stod för denna form av vård och som under en lång tid var ansvarig för och utvecklade hospicerörelsen i Sverige (Lantz 2006).

Att det än idag finns ett nära samarbete mellan Svenska kyrkan och vård och omsorg är därför inte förvånande.<sup>16</sup> Detta samarbete har dock ingen central styrning, utan varje enskilt sjukhus eller omsorgsenhet arbetar fram sina riktlinjer för detta. De flesta större sjukhus i Sverige har någon form av sjukhuskyrka. När man talar om sjukhuskyrkan så avser detta nästan alltid Svenska kyrkans verksamhet på sjukhusen, men numer är även frikyrkor ofta en del av dessa och på vissa sjukhus kan även andra samfund kan vara en

---

<sup>16</sup> Fram till 1962 hade landstingen ansvaret för den andliga vården på sjukhusen och var arbetsgivare för de lasarettspredikanter som fanns på sjukhusen. 1962 togs ansvaret över av Svenska kyrkan, medan landstinget fortsatt stod för lokaler för verksamheten. Efter 1974 tillsattes en statlig utredning för att se över den andliga vården på sjukhus. Som en följd av detta skapades av Svenska kyrkan och Sveriges frikyrkosamråd ett grunddokument om andlig vård inom hälso- och sjukvården (Laghé, 2005). Dokumentet utkom 2004 och fastslår att arbetet skall vara ekumeniskt och att man "samarbetar så långt som det är möjligt med företrädare från andra religioner" (Grunddokument för andlig vård inom hälso- och sjukvården, 2004). Redan från år 1981 började man dock tillsätta fasta prästtjänster på sjukhusen vilka var knutna till det pastorat där sjukhuset låg (Laghé, 2005).

del av sjukhuskyrkan.<sup>17</sup> När det gäller sjukhuskyrkorna är det oftast sjukhusen som står för lokalerna, medan lönerna för de som arbetar inom sjukhuskyrkan betalas av samfunden.<sup>18</sup> Ofta finns ett samarbete mellan sjukhuskyrkan och andra samfund med detta gäller långt ifrån för alla samfund. Utformandet av detta samarbete styrs inte heller centralt från Svenska kyrkan, utan varje enskild sjukhuskyrka ombesörjer detta. Vilka samfund och vilka personer i dessa samfund som man samarbetar med ser olika ut för olika sjukhuskyrkor. Samarbetet beror inte endast på sjukhuskyrkans strategier utan även på de andra samfundens behov och intresse av att samarbeta med Svenska kyrkan (Laghé 2005).

Mindre samfund har inte alltid ett samarbete med sjukhuskyrkan, utan sköter kontakterna med samfundstillhöriga som befinner sig inom vård och omsorg direkt med dessa. Många gånger är inte samfunden större än att man vet om när någon av medlemmarna befinner sig på sjukhus, ålderdomshem eller annan omsorgsinrättning och tar kontakt direkt med personen i fråga. När det gäller Jehovas vittnen har de egna väl inarbetade centralt styrda rutiner för hur kontakterna med sjukvården skall ske. Detta hör nära samman med att det inom Jehovas vittnen finns religiösa förhållningssätt som ofta aktualiseras i samband med sjukdom exempelvis när det gäller blodtransfusioner.

## Skillnader i resurser

De olika religiösa samfunden arbetar alltså mycket olika när det gäller kontakter med vård och omsorg. Svenska kyrkan har ofta ett mycket nära samarbete med vården. Detta har inte enbart historiska orsaker, utan beror också på att det finns ekonomiska resurser och personal att avsätta för att arbeta med människor på sjukhus och andra vård- och omsorgsinrättningar.<sup>19</sup> Svenska kyrkan har möjlighet att avsätta personal som enbart arbetar på sjukhusen. Detta gör att man kan finnas på plats och till hands även om man inte är direkt kallad att komma. Representanter från Svenska kyrkan kan gå runt på olika avdelningar och med sin klädsel eller med namnskylltar bli synliga. På så sätt kan de komma i kontakt med människor som annars kanske inte hade tagit kontakt med något religiöst samfund, vilket framkommit i intervjuerna som något uppskattat och som en av sjukhusprästerna säger: ”Behovet är inte alltid öppet. Vi möter behovet när vi är där, så **kan man säga**”. En av prästerna berättar om vad som kan ske när han är ute på avdelningarna:

---

<sup>17</sup> I vissa fall finner man istället något som kallas för ”sjukvårdskyrka”, vilket innebär att kyrkans uppdrag inte endast avser sjukhusen utan även innefattar andra vård- och omsorgsinrättningar.

<sup>18</sup> När det gäller att tillgodose de religiösa behoven inom kriminalvården och försvaret i Sverige ser situationen dock något annorlunda ut. Kriminalvården har centralt utarbetade riktlinjer för hur de intagnas religiösa behov skall tas i beaktande och har avtal med Sveriges kristna råd och Sveriges muslimska råd om hur detta tillgodoses. Även inom försvaret finns det centrala riktlinjer när det gäller militär själavård.

<sup>19</sup> De andra samfunden kan sedan 1980 söka statsbidrag för att kunna finansiera arbetet med andlig omsorg inom vård och omsorg.

Jag tycker det är viktigt att jag går dit, att jag gör mig synlig. Jag går in och så hälsar jag och vi sitter ner och så pratar vi lite om allt möjligt. Ofta om något mycket trivialt till att börja med som vilken bok dom läser eller vilken tidskrift dom håller i handen eller så där. Sen kan jag fråga om hur dom har det och så får dom svara på det och vi kan vi ha ett samtal om det. Eftersom jag inte har ett eget rum så kan man vid behov låna ett samtalsrum, men det kan ju naturligtvis vara så att även andra använder dom rummen så då går det inte. Om det är någon som väntar på mig, vilket händer ibland, då kan det vara viktigt att gå till ett samtalsrum, medan om det är samtal som mer "sängnära" så dom får sitta på den plats där patienten befinner sig.

Sjukhuskyrkorna arbetar också många gånger nära vissa avdelningar, som t.ex. den palliativa vården och de onkologiska avdelningarna. Så här kan arbetet se ut:

Jag är på en avdelning och min kollega är på en annan. Det är två avdelningar där, så vi har varsitt plan. Sen är jag på dialysen - där är det ju patienter som återkommer vecka efter vecka, så där blir man ju också väldigt känd väldigt fort. Där är det ju hela tiden samma patienter. Det är lite speciellt för inom vården är det ju annars ofta så att en patient är på plats väldigt kort tid, så man hinner kanske träffa en patient en eller två gånger, förutom på hospice och på dialysen. På dialysen kan det ju vara samma personer i flera år. Sen har jag även varit en del på kvinnokliniken, men inte så mycket längre faktiskt. Jag har inte riktigt hunnit med det. Och så är det när någon ringer och frågar efter mig, antingen personal eller patienter. Det är inte minst från psykiatrin som det ringer patienter.

Om de inte finns ute på avdelningarna så finns de, som kvinnan ovan nämner, att kalla på genom jourtelefonnummer. Det är inte bara den sjuke eller personalen som kallar, utan även anhöriga, vilket vi återkommer till nedan. Sjukhuskyrkan får också många gånger förmedla kontakt med representanter från andra samfund; samfund som har helt andra resurser och därför andra förutsättningar än Svenska kyrkan och frikyrkosamfunden. En av representanterna för ett av dessa samfund tar upp att detta beror på strukturella problem som en följd av att sjuk- och vårdinrättningarna inte tar på sig organisationen av **detta. Han är kritisk till att man "inte har det etablerat i organiserad form", vilket t.ex. får till följd att det är svårt att etablera kontakter och att de som en följd av bristande resurser: "inte kan vara där på samma sätt som kyrkorna".** En buddhistisk man tar upp en liknande situation:

När det gäller buddhism så finns det ingen samordning. Det är t.ex. svårigheter med att få tag på någon buddhistisk munk. Det finns ingen som tar tag i det och säger: Där finns dom och där finns dom. Ingen som för fram hur man kan kalla på den personen eller den personen. Det finns inte heller någon som frågar om det finns någon särskild som man har kontakt med. Tyvärr så är det väl lite så. På något sätt så tror jag att man kunde utöka den funktion som den buddhistiske munken som sjukhuskyrkan har kontakt med och att man nog måste inkludera invandrade munkar eller präster också. För att jag är inte så säker på att en kinesisk invandrare skulle hoppa på det lika säkert som en svenskfödd buddhist gör. Man har lite olika traditioner beroende på varifrån man kommer.

För mindre samfund så sker arbetet ofta genom redan upparbetade kontakter, dvs. man vet när en församlingstillhörig hamnar på sjukhus eller om hon eller han finns inom en omsorgsinrättning. Så här förklarar en person det: ”Vi har ju en väldigt tät kontakt. Vi märker ju direkt om någon saknas på nästa möte. Var är den då? Är den sjuk eller vad har hänt?” Samfundets ledare eller andra personer från församlingen söker om möjlighet finns upp denna person, som denna person berättar: ”Diakonen som kanske brukar hälsa på tant Greta hemma i sin lägenhet och så är hon inte i lägenheten och då går hon hit [till sjukhuset]”. För vissa samfund är dock resurserna så små att besöken endast kan ske när man blir kallad – om ens då - eller som en buddhistisk munk säger:

Sjukhusprästerna går ju omkring på avdelningarna och säger: Hej, jag är sjukhuspräst och det står på en liten lapp och så där. Så dom är ju någorlunda kända ansikten där, men om jag skulle börja göra det jag skulle kanske ses konstig och dessutom vem betalar mig? Jag är också beroende av en inkomst. Det finns till exempel rätt mycket på det sociala planet som man skulle kunna utveckla, men vi är för små helt enkelt. Det ”fås” inte med, så att säga, och det finns inte ekonomi heller.

Detta tar också en rabbin upp:

Jag är inte en sådan sjukhuspräst. Att man är där på heltid. Nej, dom ringer oss i akuta fall som till exempel i samband med begravning eller i samband med dödsfall. Om en judisk patient artikulerar det här behovet och vill att någon från församlingen ska ta itu med det, då gör vi vad vi kan, men vi kan inte bedriva någon uppsökande verksamhet.

Detta är även situationen för flera av de ortodoxa samfunden i Sverige. Det kan vara så att för att få dit en präst från det samfund man tillhör så måste denna präst resa mycket långt. I vissa fall finns det endast en präst i hela södra Sverige att tillgå. I vissa situationer så håller man till godo med en präst från ett annan ortodox kyrka eller med någon från Svenska kyrkan som finns på plats på sjukhuset. Bristen på representanter från samfund innebär också många gånger svårigheter att kunna komma i kontakt med en religiös representant av det egna könet. Sjukdomar är många gånger något som drabbar kroppen och något som man många gånger inte vill tala om med någon av det andra könet som en kvinna framför:

Till exempel att jag ligger på sjukhuset och jag har problem med mina bröst eller med livmodern. Då är det svårt för mig att en manlig imam kommer och talar med mig om detta och förklarar. Det är svårt.

Om samfunden är små finns de ofta inte möjlighet att välja mellan en kvinna eller man som kommer från samfundet, och i de allra flesta fall är det kvinnor som saknas eftersom de ledande religiösa rollerna inom många samfund i hög grad upprätthålls av män. En annan kvinna berättar:

Informant: Det är bra om det är en imam. Att det är en muslim för muslimer, en kvinna för kvinnor och en man för män. Det är bättre...

Intervjuare: Men skulle du kunna prata med en kvinnlig präst?

Informant: Kvinnlig präst? Ja, jag kan tala med en kvinnlig präst, men jag skulle inte kunna vara lika öppen som med en kvinna som är muslim som jag.

Intervjuare: Vad är det som är skillnaden?

Informant: Jag vet inte riktigt... Jag tänker mig att varje religion har sitt sätt att tro. Skillnaden är inte så stor mellan religionerna, men varje religion har ändå sitt eget sätt...

Språkliga och nationella skillnader inom ett samfund kan också leda till svårigheter. Det kan vara så att det inte endast är religionstillhörigheten som skall vara den samma, utan att man även vill att språket och den nationella eller traditionella bakgrunden skall delas. Finns det endast en representant att tillgå från samfundet kan det bli problematiskt för en person som exempelvis inte talar samma språk. Så här säger en buddhistisk man när det gäller skillnader i språk och tradition inom samfund:

Jag har lärt mig nu att när det gäller katolicismen skiljer det sig en hel del mellan Sydamerika och Polen till exempel, men inom buddhismen är det ännu större skillnader. En vietnames som ligger och är sjuk och kanske ska dö vill ju helst att det kommer en vietnamesisk munk som kan prata dennes språk. Att det är så förstår man för ska man öppna sitt innersta vill man ju kunna göra det på sitt eget språk. Man kan kanske väldigt knackig svenska. Det är mycket kulturbetingat och svenska buddhister finns det inte så många...

Det kan dessutom vara så att den representant som finns att tillgå inte är en person man har förtroende för. Det kan vara en person som man känner personligen som en vän och som man inte vill skall ta hand om de religiösa och i vissa fall mycket känsliga ämnen som kan höra samman med sjukdom, bikt eller självvård, vilket framkommer i detta citat:

Jag är ju kompis med XX sen många, många år och det funkar inte. Man kan inte ringa en kompis och prata och säga liksom du kan du ordna det här?

En annan följd av skillnaderna i resurser mellan samfund är den utbildning och erfarenhet som är möjligt att få och bygga upp. En stor organisation som Svenska kyrkan har personer som endast eller främst arbetar inom vård och omsorg som sjukhuspräster eller sjukhusdiakoner, vilket ger dem unika erfarenheter och kunskaper. Det finns också möjlighet att erbjuda utbildningar och utarbeta riktlinjer för hur man kan och skall arbeta inom vård och omsorg. Detta är inte möjligt för de mindre samfunden och upplevs av dessa som ett problem:

Vi tänkte att våra nya präster kanske kan gå på kurser för att bli "riktiga" sjukhuspräster med certifikat. Vi har inte någon präst i Sverige som är sjukhuspräst och det behövs. Det är många ortodoxa i Sverige som tillhör serbiska kyrkan. Jag har besökt många ortodoxa på sjukhusen här i Sverige. Vi behöver en kontakt. Vi behöver någonting eller någon som kan hjälpa oss att skicka våra präster på kurser.

Det finns alltså en mycket stor skillnad när det gäller möjlighet till religiös omsorg beroende på vilket samfund man tillhör, vilket sammanfattningsvis dessa två citat illustrerar:



Det hade varit bra om det hade funnits någon som hade tagit hand om det och sett det blir tillgodosett enligt den buddhistiska traditionen. Att det finns någon som ser till att det kommer att gå till så här och så här. Vi kommer att sköta om det och du behöver inte ta ansvar för det. Ofta finns oron över hur detta ska hanteras och så lämpar man över mycket på familjen. Man har kanske inte tid att förbereda sig för detta. Man kan ju gå ut framför en bil och så är det färdigt...

Den religiösa omsorgen behövs även för "Fatima". Två människor hamnar på sjukhus och det finns mycket som är gemensamt, så varför har "Eva" och hennes familj tillgång till en präst dygnet runt, men inte "Fatima" som är patient eller förälder eller som är personal. Hon får det inte. Det finns ett jättebehov men...

## Samfundsöverskridande arbete

Det kan vara så att det finns resurser att tillgå, men att förmedlingen av kontakt mellan den samfundstillhöriga och samfundsrepresentanter saknas. Personer från sjukhuskyrkans som finns ute på avdelningarna får, som togs upp ovan, förmedla kontakt med andra samfund, men det är inte alltid så att de har kontakter med alla samfund. Och i vissa fall är det tvärtom, att det finns en etablerad kontakt med ett samfund, men att det finns mycket få personer som tillhör samfundet eller att de som tillhör samfundet tillhör en annan religiös inriktning eller kommer från ett annat land. Så här berättar en representant från ett religiöst samfund om hur han blev kontaktad av en person från sjukhuskyrkan:

De undrade om jag var intresserad, för dom kände att dom ville ha fler inblandade än bara kristna så att säga. För dom från sjukhuskyrkan vandrar ju runt på sjukhuset hela tiden och träffar olika folk och de tyckte väl att det var bra om dom hade någon buddhist dom kunde ringa till om det behövdes - men tydligen har jag inte behövts ännu...

Ibland spelar dock inte samfundstillhörigheten så stor roll och det är vanligt att man hjälps åt mellan samfunden. En rabbin berättar om samarbete när det gäller omskärelse:

Det märkliga är att vi har ofta förfrågningar från icke-judar, det vill säga från muslimer som undrar om det finns någon möjlighet här. För tillfället har vi ingen egen vi har ju ingen egen så vi hänvisar dom till Stockholm. Vår tidigare rabbin gjorde det även på muslimska gossar. Man gör det inte så märkvärdigt. Jag tror oftast det bara var fadern som var närvarande...

I kapitel fyra användes nedanstående citat för att beskriva relationen mellan det allmänreligiösa och det religionsspecifika. Citatet är även ett exempel på hur det i vissa fall snarare kan vara det allmänreligiösa än det religionsspecifika som är centralt:

Jag vet en präst som kom till en muslimsk man och dom fick jättebra kontakt och dom träffades flera gånger innan patienten avled och både prästen och patienten sa - för jag ifrågasatte det lite - att det kändes okej att ha en präst. Både prästen och patienten sa det att det spelar ingen roll, bara det är en "gudsman" så är det bra.

Här är det alltså det allmänna som är av vikt och inte någon specifik religions- eller samfundstillhörighet eller som en religiös representant, vilket även poängterades i föregående kapitel, berättar om i termer av att han kan prata med vem som helst om andlighet i allmänhet, andlighet har ju väldigt lite med enstaka religioner att göra utan avser snarare det gemensamma i samtliga religioner.

Blir situationen akut löses detta många gånger mycket pragmatiskt och över samfundsgränser. En av de ortodoxa prästerna berättade hur han vid ett flertal tillfällen har fått fira nattvard med personer som tillhör andra ortodoxa samfund eftersom det inte funnits tid att få dit en präst från det samfund personen tillhört. Han menar att detta inte upplevts som problematiskt utan att man har en förståelse för att det inte alltid är praktiskt möjligt att riterna genomförs av en präst från det ortodoxa samfund man tillhör.

Men det är inte alltid som denna religionsöverskridande verksamhet accepteras. En man som inte är kristen blir nästan förskräckt när vi frågar om detta och svarar: ”Nej, det hade aldrig fallit mig in att gå till prästen och fråga om det!” Även några av representanterna från samfunden tar upp detta. En av dessa säger:

Medarbetare från sjukhuskyrkan går till alla patienter och det bör dom inte göra egentligen. Det är inte acceptabelt, menar jag, att man går runt till alla patienter. Dom kan gå till en muslim eller till en katolik eller ortodox och säga: Ja, jag är prästen här och dom säger: Nej, jag vill inte ha med er religion att göra och det här har lett till problem. För Svenska kyrkan är inte sakramentet i centrum, utan det är samtal, men patienterna vill inte alls ha samtal med mig, utan dom vill ha sakrament.

Vissa samfund vill överhuvudtaget inte ha ett samarbete med andra samfund, vilket ofta är fallet med Jehovas vittnen. Jehovas vittnen har också utarbetade rutiner för hur man hjälper personer som är sjuka eller av andra orsaker inte kan delta i religiösa möten. Så här kan deras arbete se ut:

Dom, bröderna<sup>20</sup>, har nästan 24 timmars jour. Vi beundrar dom faktiskt. De rycker ut när det händer något eller när någon behöver hjälp. Kopplat till dem så finns det besöksgrupper. Det är alltså grupper som kommer helt enkelt för att uppmuntra våra bröder och systrar som befinner sig på sjukhus. De får väldigt mycket besök på sjukhuset.

Om man som Jehovas vittne inte kan delta i möten på grund av sjukdom så kan man i vissa fall koppla sin telefon direkt till mötet, i andra fall kan man lyssna till det inspelade mötet i efterhand. Till viss del är detta även fallet för andra samfund när det finns både radio- och TV-gudstjänster att tillgå samt ett webbaserat samfundsutbud. Det som främst skiljer Jehovas vittnen från andra samfund är att det för Jehovas vittnen är betydligt mer styrt av samfundet.

---

<sup>20</sup> En annan medlem i Jehovas vittne.

## Svårigheter

Det finns andra aspekter än de som hör samman med skillnader i resurser som kan vara problematiska när det gäller de religiösa samfundens funktion inom vård och omsorg. En av dessa hör samman med att de religiösa samfunden finns utanför själva vård- och omsorgsorganisationen, vilket innebär att samfunden på grund av sekretess inte får möjlighet till inblick i den sjukes situation. De kan kanske inte veta hur sjuk personen de träffar är och som en följd av detta kan det vara svårt att utarbeta en kontinuerlig kontakt med den sjuke. Kallas de religiösa representanterna in akut kan följande ske:

Sekretessen är egentligen till för att skydda patienten och för att hjälpa honom eller henne, men det ska inte vara ett hinder för att kunna hjälpa patienten. Man måste kunna samarbeta även tillsammans med läkare eller sjuksköterskor. Om dom skulle ha sekretess mellan sig så skulle det drabba patienten. Där finns så klart vissa saker jag vill inte veta nånting om egentligen. Jag har inget intresse av att veta allt om deras sjukdomar. Men personalen, om dom kallar på mig, måste kunna förstå att jag till exempel behöver veta om det är någon som alltså är döende? Jag behöver veta vem är där när jag kommer. Är det maken eller är det mamma och pappa eller...? Vem är det? Jag behöver veta var kommer dom ifrån, för annars kan det bli språkproblem. Jag måste veta detta när jag kommer in i rummet, så att jag är förbered, så att jag inte kommer in och det kanske är trettio anhöriga och jag vet inte vad som pågår. Så jag måste ha en viss inblick i vad som händer och vissa gånger är personalen nästan rädda för att ge mig den inblicken, men jag måste ha den...

Samtidigt framkommer att många uppskattar att de religiösa samfunden inte är en del av sjukvården för att sjukdomen kan hållas utanför i mötet med samfundsrepresentanten. En annan problematik med att den religiösa omvårdnaden inte är organiserad inom sjukvården är att det är svårt att följa upp och se vilka resultat detta arbete ger. Detta gäller även för samfundens möjligheter att utvärdera arbetet på sjukhusen:

Det här hör samman med kostnadsfrågor och jag har hört att man på riksnivå drar ner på tjänster för det här är en kostnad för kyrkorna som inte generera något synbart resultat. Om jag hade jobbat i en församling så hade jag kanske haft massa grupper som hade syns. Till exempel att nu leder jag en sorggrupp här, nu har jag en ungdomsgrupp där och det är tjugofem tonåringar i den gruppen. Men här träffar jag folk som jag träffar lite grand och så försvinner dom ut åt olika håll i olika församlingar eller så dör dom. Ja majoriteten dör. Det ser faktiskt inte ut som att det blir fler anställda. Man har istället dragit ner på tjänster...

Det finns ännu en aspekt som gör det att det finns stora skillnader mellan de olika samfunden och hur de kan arbeta ute i sjukvården och detta hör samman med tystnadsplikten. Bland representanterna från Svenska kyrkan och från frikyrkosamfunden fanns det oftast en god kunskap om denna. När det gäller de andra samfunden framkom flera fall oklarheter i om man som religiös representant t.ex. hade en absolut tystnadsplikt. Att en person som vill bikta sig helt säkert kan veta att det den säger inte kommer till någon annans kännedom är för många av allra största betydelse. Om den religiösa representanten inte har kunskap om sina juridiska rättigheter i detta fall innebär att det att denna kanske inte fullt ut kan ge den andliga, religiösa omsorg som efterfrågas. Det

kan också innebära att man som patient inte ”törs” berätta allt om sitt liv för denna person eftersom det kan vara en nära vän till personen i fråga eller till familjen och många gånger finns inte heller någon annan religiös representant att tillgå om samfundet är små, vilket diskuterades ovan.

En annan svårighet hör samman med att kontakterna mellan samfundet och den sjuke eller omsorgstagaren ibland kan vara mycket stark. Det kan vara så att man betraktar varandra inom samfundet som familjemedlemmar. Relationerna mellan den sjuke och det religiösa samfundet kan komma att upplevas som familjerelationer även om de juridiskt inte har en sådan status.

Informant: Kärleken ska vara uppenbar mellan oss. Vi är ju bröder och systrar, som vi kallar det och har man en ”köttslig” broder eller syster som ligger på sjukhus så besöker man ju den. Och det gör man med en ”andlig” sådan också.

Intervjuare: Är det då också för att andligen stötta eller för att endast besöka.?

Informant: Både och behövs. Det hör samman med det praktiska för man vet att sjukpersonalen har det tufft, så då gör man ju det för att kunna vara behjälplig. Och finns det ingen familj så bygger det på församlingens ansvar att göra sjukhusbesök. Vi ser ju varandra som bröder och systrar så att säga.

I en sjukdomssituation kan det vara så att samfundstillhörigheten får en större betydelse för individen än vad den har för honom eller henne i vanliga fall och kontakterna med samfundet kan komma att bli väl så viktiga som kontakterna med anhöriga, som är en aktör som kommer att tas upp längre fram i kapitlet.<sup>21</sup>

## Patienten själv

En av de viktiga parterna när det gäller den religiösa och andliga omvårdnaden är vårdtagaren själv. Eftersom det i allmänhet inte finns några tydliga riktlinjer inom svensk vård och omsorg när det gäller detta så innebär det många gånger ett aktivt handlande från patienten eller omsorgstagaren sida. Situationen är som en följd av detta att patienten inte per automatik får den religiösa aspekten av vården tillgodosedd, vilket ju oftast sker med den fysiska vården. Istället måste patienten själv artikulera sina önskemål om religiösa hänsyn eller själv se till att de blir tillgodosedda. Så här berättar en av männen hur han gjorde när han blev inlagd:

Informant: Jag tog in en liten Buddhastaty och så tog jag in två små värmeljushållare med ljus i och en rökelsepinne. Jag jobbar själv inom sjukvården så jag är väl medveten

---

<sup>21</sup> De religiösa samfundet finns också till hands för att inom vård och omsorg hjälpa personalen. Inte heller detta är reglerat eller organiserat av sjuk- och omsorgsorganisationerna. Ämnet ligger dock utanför denna boks syfte, vilket gör att vi inte går närmare in på det.

om att man inte får lova att tända några ljus när det är syrgas i närheten. Men dom här sjuksystrarna kom springande nästan som i en flock: Nej nej nej! Då fick jag berätta att det är ingen fara för dom är bara för syns skull. Och då blev det en liten diskussion om mig. De frågade: Är du buddhist? Det verkade det lite grand som om dom inte visste så mycket själva. Dom hade inte så mycket koll på den här religiösa biten. Jag kände att dom var lite tafatta. Det egentligen inte så mycket att diskutera, för jag kunde prata för mig själv. Jag kunde ta hand om mig själv i största mån så att det var inte så. Den religiösa biten blev ju viktigare i en ren omvårdnadssituation.

Här finns som citatet visar en stor komplexitet. Mannen var inte så sjuk att han inte själv kunde tala föra sin talan och ordna med de praktiska önskemål han hade, men han ger uttryck för att så inte alltid är fallet. Det kan mycket väl vara så att patienten är så sjuk, skadad eller har avlidit, att hon eller han inte personligen kan ge uttryck för dessa önskemål, samtidigt som det i sådana situationer många gånger är just de religiösa frågorna som aktualiseras. I dessa fall kan det vara så att den religiösa personen sedan tidigare vidtagit åtgärder mot detta, vilket är fallet med Jehovas vittnen. De har information i sina plånböcker som klargör att de är Jehovas vittnen och att de inte kan acceptera viss vård eller vissa mediciner. En kvinna som är Jehovas vittne berättade om vad som skedde när hon varit med om en trafikolycka:

Mitt i detta kaos så kan dom lugnt säga du behöver inte oroa dig för vi skriver med rött här att du inte ska ha blod och det är skönt att veta. Man ser att informationen nått fram till läkarkåren även i en stressad situation. Det är klart jag blev jättelugnad för jag var ju rädd för att om jag nu blir medvetlös... Jag hann ju bara säga att jag har ett kort i min plånbok.

För henne innebär detta som hon säger ”en sorts befrielse”. Hon vet att informationen om hennes religiösa behov finns att tillgå även om hon själv inte kan framföra dem.

En annan komplexitet när det gäller patientens ansvar för den religiösa omvårdnaden är att det i svensk kontext med en långt gången sekularisering inte alltid för patienten finns en artikulerad medvetenhet om de egna religiösa behoven, något som framkommer i flera intervjuer, exempelvis i denna:

Det gick ju så snabbt också. Det gick så snabbt när det här med ”tumörköret” drog igång. Och sen på sjukhuset när jag blev inlagd sen, då gick det också fort. Då hade det varit bättre om det hade gått per automatik. Jag tror frågan borde ställas rakt ut om man har någon religiös inställning som gör att man vill ha någon. Jag tror att det räcker liksom för att ”trigga” så att någonting händer.

Detta får till följd att man i ett kritiskt sjukdomstillstånd önskar att andra, oftast med avseende på personalen, uppmärksammar en på detta och är hjälplig med att tillgodose de religiösa behoven. Det innebär också att de samfund som har resurser att finnas ute på avdelningarna och därmed syns, ökar sina möjligheter att komma i kontakt med människor som behöver religiös omvårdnad, som en av sjukprästerna säger:

Ibland så tror jag att om man ligger inne på en avdelning och delar rum till exempel, så märker man att: Jaha men tant Elsa i sängen bredvid hon pratar ju med sjukhusprästen och det verkar ju rätt bra. Jag vill också prata. Ibland är det på den vägen som man upptäcker det.

Det finns också en annan orsak till att man vill att personalen skall ta upp frågan om det religiösa och detta hör samman med att man inte vill ställa till besvär. En upplevelse av att den andliga religiösa vården inte har prioritet i omvårdnaden och att personal har mycket annat att ta hand om, gör att man inte vill belasta personalen med dessa önskemål. Så som denna man säger:

För i det läget när man ligger där som patient, så måste man ju be om allting och det skapar ett väldigt motstånd. Det gjorde det i varje fall hos mig. Man måste be om vatten och man måste be om det och detta. Man kan liksom inte fixa nånting själv och precis när man har bitt om vatten så upptäcker man att: oj då jag skulle behövt det också och då får man kanske vänta en stund och inte fråga igen med en gång.

Men man får inte glömma att den religiösa aspekten inte alltid behöver tas om hand om andra. En stark tro kan vara hjälp nog, vilket denna kvinna beskriver så här:

När man är på sjukhuset är man där ensam. Där finns inga släktingar, ingen familj. Då behöver man hjälp om man inte är så starkt troende. Om man är starkt troende behöver man ingen...

## De anhöriga och vänner

När det gäller den religiösa omvårdnaden inom sjukvård och omsorg finns det även andra intressenter inblandade än de som presenterats ovan. Eftersom sjukhusen eller omsorgsorganisationerna inte står för den religiösa omvårdnaden blir det förutom att de religiösa samfunderna eller personen själv tar hand om det ofta så att anhöriga eller nära vänner tar ansvar för detta. Detta kan ske utifrån den sjukes uttryckta önskemål, men även enbart utifrån anhörigas kunskap om och förståelse för den sjukes religiösa behov. Dessa personer kan komma att ha en stor betydelse när religiös tillhörighet ofta är något som personer tidigt socialiseras in i genom familjen och något som man delar i familjen. Om man delar denna religiösa tillhörighet kan anhörigas stöd och hjälp med att tillgodose de religiösa behoven vara mycket positivt för vårdtagaren. De anhöriga kan också fungera som en viktig länk mellan den sjuke och religiösa samfund eftersom, vilket vi sett ovan, det inte alltid finns några klara direktiv inom omsorg och sjukvård om detta. Låt oss illustrera detta med vad en anställd på hospice berättade följande om hur familjen till en avliden tog ansvar för de religiösa inslagen efter att döden inträffat:

Informant: När han dog så var dom där i två dagar i rummet och fixade och dom hade rökelse. Det var väldigt lugnt och det var väldigt harmoniskt. Dom plockade ihop lite saker...

Intervjuare: Familjen?

Informant: Familjen, bara dom närmaste: barnen och frun. Det var dom som var där och dom som skötte det hela. När han gick bort så var det lite grann som att han bara...

Det var som att han bara försvann. Vi var där i dödsögonblicket, men sen så tog familjen, över. Så vi såg inte av honom mer i stort sett sen.

Här kan det dock uppstå konflikter eller oförståelse från personalens sida om att man i en sjukdomssituation vill dela den religiösa praktiken med familjen, andra anhöriga och vänner. Det kan upplevas som om där är för mycket folk och att detta skulle kunna påverka den sjuke negativt. Så här berättar en imam om vad som kan ske när någon blir sjuk: ”Det jätteviktigt att man besöker den som är inlagd på sjukhus. Alla som känner personen vill komma på besök. Det betraktas som en god gärning. Så alla vill besöka **varandra**”. Detta får som följd att många personer kan komma och besöka den sjuke och detta i sig är att betrakta som en religiös handling.

Inom familjer och mellan familjer och den sjuke kan det också uppstå konflikter. Det är inte alltid självklart att en religiös representant skall kallas in. Syskon kan exempelvis vara oense om hur viktigt detta är för en sjuk förälder. Det kan också vara så att man inom familjen inte är överens om det religiösa inslaget i vården av den sjuke anhörige. En representant för att samfund tar fram ett exempel på detta:

Jag kommer dit och då är det någon som blir jätteupprörd för att jag har kommit dit. Någon som känner att den behöver gå ut eller att jag behöver gå ut med den som har kallat mig. Det kan vara såna konflikter absolut, men man brukar kunna ordna det och inte minst med vårdpersonalens hjälp eftersom dessa ofta väldigt snabbt uppfattar att det finns olika meningar i familjen om det här Och det sker inte minst i frångilda familjer där man kanske inte ens är vänner längre och då finns det väldigt många inblandade i en familj. Så det har hänt flera gånger, men då har jag ju försökt att träffa den som vill träffa mig och man försöker hitta en skrubbe eller en vrå någonstans i en korridor där vi kan vara och den som inte vill träffa mig faktiskt slipper att se mig. För man skall inte heller behöva sitta och stirra på mig...

Om en person senare i livet lämnar den religiösa gemenskap hon delat med familjen och går in i en annan religiös gemenskap kan detta ofta innebära en splittring av familj eller släkt. I en sjukdomssituation när religiösa aspekter ofta aktualiseras och familj och släkt ofta involveras kan detta bli en mycket kritisk situation. Så här berättar representanter från Jehovas vittnen om hur de agerar om detta händer:

Intervjuare: Upplever ni några konflikter i en vårdkontext där anhöriga inte är Jehovas vittnen till exempel? Ni kommer och hälsar på och dom anhöriga kanske inte accepterar att dottern är Jehovas vittnen?

Informant: Det får man ju känna av. Skulle man komma upp på ett sjukhus och man vet att dom här anhöriga inte tycker om det här, då skulle man kanske bara säga: Hej, jag skulle bara säga hej och se hur är det med dig idag, och så går man igen. Man får inte på något sätt tränga sig in i någon annan familjs angelägenheter på det sättet. Det är bättre om man hälsar på någon annan dag när personen inte har besök. Så det handlar ju fingertoppskänsla...

Det finns andra situationer som gör att släkt och nära vänners ansvar för den religiösa omvårdnaden kan bli problematisk. För den som är sjuk får existentiella frågor ofta stor relevans. Att vara sjuk innebär många gånger att livsbetingelserna förändras och att man

får ett ”tidsöverskott”, som ger möjlighet till tankar och funderingar om meningen med sjukdomen i synnerhet, men även om meningen med livet i allmänhet. Detta är frågor som man vid sjukdom inte alltid vill ta upp med anhöriga eller vänner för att t.ex. inte göra dem oroliga. Så här berättar en man om när han blev svårt sjuk:

När det var riktigt mörkt så är det ju dom praktiska grejerna när det gäller religionen som man ville få klarhet i och det kan inte vännerna. Vännerna skyggar ju rätt så snabbt när det blir allvar av. Det finns ingenting som är så otäckt som någon som är på väg och dö. Det kan smitta... Så därför är folk inte så villiga och prata om det. Det blir så tafatt. Så man vill att det ska finnas någon där som delar en ens livsinställning eller livsfilosofi. Någon som delar stora delar det man själv tror på. Någon som har en professionell utbildning på att leda ett samtal om detta och det har ju ofta inte som kompis, utan då landar man på att pratat om TV och kaffe och om man vill du ha mera godis och ska jag köpa någon tidning till dig? Man kan inte säga till en kompis: Du, om jag dör av det här skulle du kunna hjälpa mig med begravningen. Det funkar inte. Så det kan finnas ett behov av att ha någon att prata med. Jag har ju turen att jag har min familj och prata med, men det kanske inte är alltid så att jag kan prata med min familj. Jag kanske inte vill säga vad jag misstänker. Jag vill kanske inte säga det här kanske inte går så bra och då har jag ju behovet att tala med någon annan om detta.

Här finns istället önsknningar om att sjukhuset och personalen aktivt skall gå in fråga om man vill tala med någon utomstående om existentiella och religiösa frågor. Detta innebär alltså att även om det finns familj och anhöriga som delar den sjukes religiösa tillhörighet, så är det inte alltid självklart att det är dessa som hjälper den sjuke med hans eller hennes religiösa behov.

Det är dessutom inte alltid så att det finns familj eller anhöriga att tillgå som skulle kunna hjälpa den sjuke med dessa religiösa önskemål. De kan bo på annan plats eller så har man brutit kontakten, t.ex. som följd av religiös konversion. I andra fall har släkten inte tid eller intresse av att hjälpa till. Detta kan många gånger vara fallet när det är en äldre person som är sjuk och där barnen inte har ett lika stort religiöst engagemang som föräldrarna har. Det kan också vara så, som en kvinna berättade, att även de anhöriga är svårt sjuka eller på annat sätt oförmögna att hjälpa till. Ibland går vänner in och är behjälpliga, men många gånger är det de religiösa samfundet som finns tillhands. En imam berättar att det kan vara så att personen som är sjuk inte har vänner eller släkt att tillgå och att personalen eller någon från sjukhuskyrkan kontaktar honom:

...så att vi kan vara tillhands och prata med denna personen. Vi har något som kallas provningar. Alla svårigheter är en typ av provningar som belönas och vi kanske pratar om detta. Hur viktigt det är att man tror på att det som har hänt mig det är en typ av provning.

En rabbin berättar så här om hur den mosaiska (judiska) församlingen han arbetar inom gör när familj och anhöriga inte finns att tillgå:



Vi visar helt enkelt att vi bryr oss. Det är viktigt att man besöker ensamma och sjuka. Det är många som inte har några nära familjer. Vi har ju väldigt många överlevande från förintelsen och många av dem är helt "solo" i världen, så det desto viktigare att vi finns till hands. Vi prioriterar naturligtvis dom som vi vet inte får besök antingen för att dom inte har några barn boende här och därmed är ganska ensamma, eller att barnen inte bryr sig om dom. Det finns såna också.

Detta innebär återigen att ett stort ansvar läggs på samfunden att komma i kontakt med sjuka eftersom sjukvården ofta inte har utarbetade rutiner för att kunna hjälpa vårdtagaren att komma i kontakt med ett religiöst samfund. Återigen ser vi hur bristen på ett tydligt ansvar för den religiösa omvårdnaden får konsekvenser för vårdtagaren.

## I samband med döden

Om det gäller någon som är mycket sjuk, döende eller har avlidit är det inte alltid heller möjligt att fråga om personens egna önskemål. I en sådan situation är det dessutom många gånger mycket viktigt att det religiösa inslaget blir helt rätt gjort. Religiösa handlingar har en stor betydelse i sådana situationer när de ger tolknings- och förståelseramar för vad som sker och oftast inte kan göras om. I dessa fall kan släkt och vänner insatser komma att få avgörande betydelse för att patientens önskemål tillgodoses och om vårdtagaren är döende eller dör är det nästan alltid familj och släkt, om sådan finns, som ombesörjer de religiösa ritualer som är kopplade till detta. Detta sker många gånger tillsammans med representanter från de religiösa samfunden. En av dessa berättar:

Dom ringer till oss i akuta fall som till exempel i samband med begravning och i samband med dödsfall. För en person som är på dödsbädden eller när någon gått bort, då är begravningar det enda man tänker på eftersom vi har vissa regler när det gäller begravningar. Så vi brukar finnas till hands för att hjälpa till med detta.

Men det är inte alltid självklart att de anhöriga kontaktar det religiösa samfundet när en anhörig är svårt sjuk, även om de vet om de religiösa önskemål som den sjuke har. En präst berättar:

Detta att kalla på prästen när någon är döende. Man vill inte som anhörig erkänna eller kännas vid att ens anhörig är döende. Man vill inte acceptera det tills det är ett olyckligt faktum och då är det för sent. Så då kallar man först när personen nästan är medvetslös. Och det är då jag ska genomföra de sjukas smörjelse, men det är inte det är inte bra för då har man inte förberett någonting egentligen, utan då är det bara de sjukas smörjelse och det är inte en förberedelse inför döden. Det är inte bikten, det är ingenting. Det är precis i sista stunden. Man kommer till en medvetslös person och då är det mest för dom anhöriga som man är där.

I detta citat finns ännu en aspekt att ta hänsyn till när det gäller de anhöriga och den religiösa omsorgen, nämligen att även de anhöriga kan behöva ett religiöst stöd i en vårdkontext. Vem som skall ombesörja detta är en kanske än mer komplex fråga än den som gäller den sjuke. Det är dock något som ligger utanför denna boks syfte.

Det kan också inträffa svårigheter om personen som dött inte själv gett direktiv om hur hon eller han vill tas hand om efter att döden inträffat. De anhöriga kan vara osäkra på vilka religiösa ritualer som den döde önskade och de kan vara oense inom familjen om vad som skall göras och inte göras. Det kan även vara så att samfundet har en uppfattning om hur den döde skall tas om hand medan de anhöriga har en annan. Många av dessa ritualer skall dessutom ofta ske i nära anslutning till döden och ger därför inte utrymme för långa förhandlingar. Så här kan det gå till enligt en representant från ett religiöst samfund:

Det ofta så att våra begravningar ska ske så fort som möjligt och vissa anhöriga stressar alldeles för mycket. Dom anser att vi måste komma omedelbart och hämta, men det kan vi inte därför att vi får inte lov att förflytta liket förrän läkaren har fastställt dödsorsaken och i vården är det så här att om man dör mitt i natten så kommer inte läkaren direkt för att konstatera döden, utan dom har ju viktigare saker för sig, så då säger vi att nej det får vi vänta med. Det är klart att det är ett önskemål att vi ska komma men det är dom anhöriga som ska finnas i närheten av den avlidna. Om man ska följa våra religiösa regler så ska man inte lämna den avlidne ensam fram till jordfästningen. Och så det är också det praktiska arbetet sen, att ordna allt det. Det är en lång händelsekedja och det ska funka. Det måste klaffa. Ofta är det så här att dom första timmarna efter dödsfallet så är det ett telefonerande fram och tillbaka där dom måste vara överens inom familjen när begravningen kan äga rum, för att vi är ju väldigt kosmopolitiska så en son kan bo i New York, en annan i Tel-aviv och en är på en rundresa Sydamerika och man ska etablera kontakt med alla dom och så ska dom ordna sina flygbiljetter. Och ibland så får jag hjälpa till med mejl eller fax till flygbolaget eftersom dom prioriterar sådana här fall. Dom avbokar andra passagerare. Och ambassader kan komma att vara involverade och allt sånt där.

En till aspekt att ta i beaktande kan vara att anhöriga och släkt eller det religiösa samfundet inte finns i närheten för att ta hand om dessa ritualer, vilket kan göra att personalen på sjukhuset står utan hjälp att genomföra ritualerna som man vet eller tror att den döde önskat.

Sammantaget kan det alltså vara så att den sjuke själv inte alltid förmår ordna med det religiösa eller inser behovet av religion, att detta behov inte tillgodoses av sjukvården och att de religiösa samfundet inte känner till att en samfundstillhörig är sjuk eller har resurser att ha uppsökande verksamhet på sjukhusen. Det leder till att ansvaret för att den sjukes religiösa behov tillgodoses kan komma att hamna på familjen, anhöriga eller vänner. Ett stort ansvar faller alltså i dessa fall på familj, vänner och anhöriga när det gäller den vård och omsorgstagarens religiösa behov. Samtidigt kan det vara så att där inte finns familj, anhöriga eller vänner som kan hjälpa patienten eller omsorgstagaren med de religiösa aspekterna. Detta kan få till följd att personens religiösa behov helt åsidosätts.

## Ännu fler aktörer

När det gäller att tillgodose den sjukes behov som inte är direkt kopplade till det fysiska välbefinnandet, utan snarare gäller praktiska, psykologiska, andliga och/eller själsliga aspekter av vården finns det, som framkommit ovan, många olika institutioner och

personer inblandande. Men det finns även andra aktörer som på eller annat sätt kan relateras till detta. En del av dessa är direkt kopplade till sjukvården, medan andra kommer utifrån. Vad som är värt att beakta är att det inte finns någon fast reglering av denna omvårdnad, vilket det gör i en mycket högre grad när det gäller den fysiska vården. En av de aktörer som finns inom sjukvården, men som inte direkt handhar patientens sjukdom är kuratorer. Kuratorerna skall finnas till hands för att hjälpa den sjuke med praktiska ting men också finnas som en person att samtala med. Till kuratorn kan man vända sig med frågor som inte direkt rör sjukdomen, men som ofta uppstår som en följd av sjukdomen. Kuratorerna skall finnas där som ett psykosocialt stöd och bland annat erbjuda kris-, stöd- och motivationssamtal. Intervjuerna framkommer att man i en sjukdomssituation många gånger har existentiella funderingar och frågor om mening, något som man upplever att kuratorerna inte kan svara på (se även diskussion i kapitel 4).

En av de intervjuade svarar på den direkta frågan: ”Men att samtala om dom här livsfrågorna, skulle du kunna ha gjort den med en kurator eller terapeut”, kort och koncist – ”Nej”. En annan intervjuad framhåller vikten av att den man samtalar med om de här frågorna skall känna till de religiösa urkunder som man själv har som rättesnöre. Kuratorernas funktion blir som en följd av detta främst att sköta praktiska ärenden, men utgör inte det samtalsstöd och den religiösa eller andliga hjälp som patienterna efterfrågar. Detta framkommer även när det gäller den hjälp som psykologer kan ge både inom sjukvården och externt. En av kvinnorna som fick ett besked om att hon hade en elakartad form av cancer berättade att hon först fick en kurator att tala med men att hon inte var nöjd med denna. Hon uppfattade henne som okänslig för den situation som hon befann sig ibland annat genom att tala om hennes sjukdom ”en dödlig sjukdom” istället för att benämna den som ”livshotande”. Hon fortsätter sedan:

Det kanske kan verka som en petitess, men att för mig var det jättejobbigt att hon sa det. Efter det ville jag inte gå till henne mer. Så jag letade upp en psykolog ”på stan” och jag hittade en psykolog som var bra. Jag betalade 600 kronor per gång och det var lite tufft eftersom man var sjukskriven och så, men jag tänkte ja, vad fan det får liksom gå. Hon var jätteduktig att ta emot en människa i kris, men jag saknade att prata om döden och det andliga. Det var det enda jag ville prata om. Frågan var ju hela tiden: Ska jag leva eller dö, ska jag leva eller dö...?

I detta citat framkommer också en annan aspekt värd att ta hänsyn till när det gäller den psykologiska och själsliga omsorgen. Nämligen att den som ges av de religiösa aktörerna är gratis för patienten men även för sjukvården. Kuratorerna och psykologer avlönas av sjukvården och när det gäller psykologerna kan detta komma att betalas av patienten själv som exemplet ovan visar. Dessutom är det så att representanterna från de religiösa samfundet som arbetar nära sjukvården ofta har en terapeutisk utbildning och har därför en dubbel kompetens. Den uppdelning som en av männen framför nämligen att: ”sjukhuset är väldigt uppdelat, så att prästen sköter det andliga och psykologen sköter psyket och det är väldigt uppdelat”, behöver inte alltid vara fallet. Det finns en upplevelse av att man inom sjukvården inte förmår se att de psykologiska, mentala svårigheterna som patienter erfar kan lösas med hjälp av andra än psykiatrin eller psykologer, som denne man framför på följande sätt:

Jag uppfattar det i alla fall så att om någon skulle bli deprimerad eller ledsen eller nedstämd, så ringer man ju efter psykiatriker och då blir det ofta något preparat direkt och så eventuellt en inläggning på psyket. Men det är kanske inte det som behövs. Jag tror att man i vissa fall gör det för enkelt för sig. Man har ju samtidigt inte mycket att välja på som sjukvårdpersonal eftersom det inte finns något utbud av alternativ till detta direkt.

Mannen i citatet ovan menar att det inte finns något utbud men där det, menar vi, snarare handlar om ett stort, kanske för stort, utbud, men brist på information, kunskap och om dessa aktörer som kan erbjuda andlig/religiös omvårdnad. Något som denna person ger uttryck för:

Om det är så att det är någon som får ett jobbigt besked så behöver vi fråga oss om vilka resurser som finns att tillgå ute i samhället. Jag har ju sett dom som har fått sådana besked när jag har legat inne på sjukhus. Alltså riktigt otäcka besked och då finns det bara sjukhusfönstret att titta ut genom. Där sitter dom på sin säng och glor rakt ut i en oändlig tomhet. Så som det ju kan bli när man får ett besked som gör att man inte vet vart man ska ta vägen. Och då i dom stunderna tror jag att det hade varit bra att man kontaktat någon. Det får inte vara så att man säger: Ja, det kommer någon nästa torsdag, utan det bör vara någon som man har på en lista som man kan ringa till. Man bör fråga om man ska ringa till någon. Fråga om man vill prata med någon, istället för bli sur och säga att kanske psykiatrikern kommer om en liten stund.

Inom sjukvården och kopplat till sjukvården sker också dödsfall, vilket nästan alltid innebär religiösa ritualer eller religiösa hänsynstaganden. Vid dessa dödsfall kopplas också nästan alltid andra intressenter in, exempelvis begravningsbyråer. Begravningsbyråerna finns där för att hjälpa till att med det praktiska som hör begravningen till. Dessa har inte som uppgift att utföra religiösa riter, men de ritualer som kan erbjudas från begravningsbyråernas sida är inte alltid helt lätt att urskilja som profana (icke-religiösa) ritualer och fyller ofta samma funktion som religiösa sådana. Det kan alltså hända att begravningsbyråerna kommer att genomföra riter som av de anhöriga till den som gått bort upplevs eller missförstås som varande religiösa. Detta kan exempelvis leda till att man inte tar kontakt med någon från religiösa samfund i samband med dödsfall eftersom man uppfattar att de religiösa inslagen tas hand om av begravningsbyrån. Andra aktörer som kan vara inblandade är polisen eller juridiska instanser. Detta gäller främst vid olyckor och våldsbrott men detta kan många gånger vara situationer när det religiösa aktualiseras. De formella aspekter som polisen har att ta hänsyn till är inte alltid i överensstämmelse med de religiösa önskemål som patienten kan ha och kan dessutom komma i konflikt med vad man som vårdgivare menar sig vilja ge. En representant från ett religiöst samfund tar upp detta med följande exempel:

Ibland blir det smärre missöden. Vad som är viktigt, och som vi också påtalar för vårdpersonalen, är att man inte går med på obduktion om det inte är nödvändigt, om inte polisen eller läkaren eller myndigheterna påkallar det. Om man inte kan fastställa dödsorsaken, och det gäller framför allt före den nya begravningslagens införande år 2000, så var det så att om ett dödsfall inträffat utanför sjukvården, till exempel på gatan eller i

hemmet, så var det alltid nödvändigt med en rättsmedicinsk utredning. Min egen far dog i ambulansen, fast han egentligen borde redan ha varit död när personalen hämtade honom. Så jag fick vänta två veckor på begravningen. Men det var 1980, det var andra tider. Idag så skulle det nog ha varit så att om vi sa att han hade så pass dåligt hjärta så det var ju helt uppenbart att.... Okej, det kan ju det hända att man börjar tvista efteråt. Säg att det var en felbehandling eller någon kriminell handling som låg bakom dödsfallet, då kan det ju också bli aktuellt med exhumering.<sup>22</sup> Exhumering dessutom är inte förenligt med judisk sed annat än om önskemålet från början var att man skulle ha blivit begravd i Israel.

Det finns ännu en aktör som kan nämnas här, och det är de ideella organisationer som ej är religiösa och som genomför arbete på sjukhus och omsorgsinrättningar. En del av detta arbete innebär att man går runt på avdelningarna och samtalar med dem som vill, en uppgift som ligger nära det sjukhuskyrkan och andra religiösa samfund gör. Det kan uppstå en osäkerhet hos personalen om vilken funktion dessa personer från exempelvis röda korset har i förhållande till de religiösa representanterna. En av männen säger att han velat komma i kontakt med en representant för den religion han tillhör när han låg på sjukhuset och...:

... att det fanns någon från religionen där. Annars så är det närmaste man kommer detta dom där rödakorstanterna som går omkring och pratar med folk lite överallt på avdelningarna och sånt är kanske lite påträngande ibland, men dom vill så gärna prata...

## Om sammelsuriet i praktiken

Låt oss avsluta med ett exempel på en händelse som väl illustrerar hur många aktörer som kan vara inblandade när det gäller att tillvara de religiösa önskemålen inom sjukvården. En representant från ett samfund var närvarande när en man plötsligt drabbades av hjärtstillestånd. De anhöriga som också fanns på plats blir chockerade och upprörda och vill inte riktigt förstå vad som hänt. De reagerar med att mena att det begåtts något fel:

Informant:       Då när mannen plötsligt är död så blir det aggressivt. Då går man tillbaks till en... Man försöker hitta någon form av identitet. Först så säger man att det kanske var för att vi är muslimer som ni inte brydde er om oss. Sen så skruvar man åt liksom det lite grann och så säger man att det är för att vi är muslimer. Man säger till personalen att ni ska ut härifrån för nu ska vi ta hand om det här. Man föll tillbaks på någon religiös sedvänja i den situationen och så blev det bråttom. Man ringde in människor, och egentligen var de ganska förvirrade över vad som förväntades göras på vårdavdelningen. Och då kommer doktorn in och säger: Nu måste vi måste obducera för att se vad det var som hände. Då säger jag nej, det är muslimer det går inte. Ni kan inte obducera. Ni får inte skända och han ska i jorden fort. Och doktorn säger: Jaha, okej då och går ut. Jag går in igen och pratar med dom anhöriga och jag uppfattar dom som lite tafatta. Det känns

---

<sup>22</sup> Upptagande av lik ur grav för rättsmedicinsk undersökning eller vid förflyttning till annan gravplats.

som att det är väldigt mycket annat än de religiösa sedvänjorna det handlar om... Och så plötsligt går det upp för dom att dom egentligen är arga för det som har hänt. Så då säger dom att han ska obduceras för då ska dom sätta dit sjukhuset. Så då måste dom obducera. Då kan dom få ett redskap ”klämma dit” doktorn eller vad det nu är. Men så svänger det igen och jag märker att det där kanske inte var så integrerat. Dom är osäkra på vilken sedvänja som ska gälla här och det kanske inte riktigt spelar så stor roll för dom utan det är något annat dom behöver. Då ringer jag deras iman och han pratar med dom via mobiltelefon, men han kommer inte. Det är inte aktuellt då, utan dom besöker honom då så småningom. Dom träffas senare och förbereder begravningen.

Intervjuare: Blir det någon obduktion då?

Informant: Nej det blir det inte. Så småningom det blir ingen obduktion för att doktorn är stressad och ringer någon verksamhetschef som säger att: Jaså dom är muslimer. Nej då blir det ingen obduktion och så ställer man in den. Och dom har själva svängt ytterligare en gång. Så dom vill inte, utan dom vill begrava honom fort så fort som möjligt.

Exemplet ovan illustrerar alltså den komplexitet som finns när det gäller vem som ansvarar för den religiösa omvårdnaden, en omvårdnadsform som är efterfrågad av vård- och omsorgstagare. Det blir alltså tydligt att när man går lite närmare in på vad det innebär att erbjuda mångkulturell vård, som vi gjort i denna bok utifrån religion som en kulturaspekt, så är detta ett mycket komplext område. I fallet med religion hör detta nära samman med att det inte finns några egentliga riktlinjer för vem som skall stå för denna vård och för att det finns många olika aktörer som kan och vill erbjuda detta. Detta samtidigt som sjukvårdspersonal oftast inte vet vilka önskemål patienten har eftersom den sjukvårdsprofessionella hållningen gör att hon eller han inte bör fråga om detta men att hon eller han utifrån utarbetade andliga omvårdnadsteorier ändå bör se till patienters andliga behov vilket nästa kapitel kommer att behandla. Låt oss dock först göra det hela än mer komplext genom att vända på perspektivet och se på religiösa samfund som själva erbjuder vård och omsorg, det vill säga inte vårdorganisationers religiösa erbjudanden, som detta kapitel handlat om.

## När de religiösa samfunden står för sjukvård och omvårdnad

Det förekommer också att de religiösa samfunden erbjuder vård och omsorg. Denna vårdform kan finnas inom samfundens verksamhet och vara riktad till enbart samfundstillhöriga, men den kan också drivas i samverkan med den allmänna sjukvården och då kan alla som vill ta del av den vård som erbjuds. Här finns det t.ex. äldreomsorg som bedrivs av samfunden, men också under de senaste åren primärvård som sker i Svenska kyrkans regi.<sup>23</sup> När samfunden erbjuder olika former av vård och omsorg finns

---

<sup>23</sup> I detta fall är det viktigt att poängtera att vi inte avser helt privat finansierad vård och omsorg utan snarare en form av samverkan mellan kommun och samfund vilket sker i formen av att samfundet är huvudman för vårdinrättningen men att

oftast samfundets religiösa värderingar som en utgångspunkt för vården. Det finns flera olika orsaker till varför samfunden vill erbjuda vård. En är att samfundsmedlemmar ska ha möjlighet att få vård inom det samfund de tillhör. Vården skall vara anpassad efter deras religiösa behov, vilket kan vara ett tecken på att man inte förväntar sig det av den allmänna vården. En annan orsak till att man vill erbjuda vård och omsorg är det ses som en religiös gärning, något som förväntas av en inom den religion man tillhör. En tredje är att man vill vara en del av samhället i högre grad. Så här beskriver en kvinna, ansvarig för ett äldreboende som drivs av ett kristet samfund, verksamheten:

Det var en församling, en kyrka, här i stan som tyckte att man som kyrka ville göra en insats för människor i samhället och man förde en dialog med kommunen. Det visade sig att det fanns ett behov och staden uppmuntrade att man engagera sig i äldreomsorgen. Visionen, tanken bakom det hela, är att vi som församling inte bara ska bedriva gudstjänstverksamhet, utan ha en kontaktyta och göra en samhällsinsats utifrån en kristen värdegrund. Tittar man då på äldreboendet så är vem som helst välkommen att bo här. Vi tar emot den som anvisas av hemvårdsinspektören. Vi har en skyldighet att informera om att vi har en kristen värdegrund, men vem som helst är välkommen att bo här och våra ambitioner är inte på något sätt att man kommer hit för att man ska bli kristen, utan våran ambition är att bedriva god äldreomsorg. Sen tror vi att när vi med vår värdegrund tänker tredimensionellt, tänker vi både ande, kropp och själ, så gör vi ett bättre arbete.

För de mindre samfunden kan det finnas önskemål om att bedriva vård och omsorg i egen regi, men att det inte finns resurser varken när det gäller ekonomi eller personal eller att det är alltför få som omfattas av verksamheten. Denna svårighet ses som beklagansvärd, men istället försöker man ha en fungerande uppsökande verksamhet, det vill säga att man besöker de sjuka samfundstillhöriga man känner till i hemmen, på äldreboenden eller på sjukhusen. För vissa samfund är dock inte ens detta möjligt. Återigen ser vi hur det finns stora olikheter i hur människors behov av religiös omvårdnad kan tillgodoses.

## Ett sammelsurium kräver reflexivitet

Sammantaget är sjukhusens ansvar för och erbjudande av religiös omvårdnad mycket komplext. Det finns oklarheter i ansvarsfördelning, informationsspridning och i kontakter med religiösa samfund, vilket kan leda till svårigheter att tillgodose de religiösa andliga behoven hos vårdtagaren. En av de representanterna från ett religiös samfund menade dock att sjukhusens ansvar för den religiösa och andliga omvårdnaden inte behövde vara så svårt. Han framhöll istället att det behövs en allmän förståelse för människors behov, fysiska såväl som andliga och fortsätter:

---

kommunen (eller landstinget/regionen) sedan köper platser av samfundet. På så vis ingår denna vård i den offentliga vården och omsorgen.

...läkarna måste veta vad det innebär för dom att hjälpa människor och psykologer borde veta vad som är deras område, men det vi kan finnas det liksom ingenting om. Det finns egentligen inte något problem med vården, om den bara respekterar att den andra personen är en person överhuvudtaget och inte bara ett kולי. Allt som behövs är att man accepterar människan som sådan hon är. Det behövs inga speciella lagar, ingenting annat, utan det är faktiskt bara vanlig respekt för människan.

En person från sjukhuskyrkan menar att man kanske kunde önska att ”samhället planerar för att det religiösa ska komma till sin rätt och att människor ska få möjlighet att uttrycka detta på ett bra sätt”, och önskar att människor inte hamnar i en ”sekulariserad vårdsväng” där man inte ser och förstår människors religiösa behov.

Personalen inom sjukvård och omsorg har även de en central roll när det gäller att tillgodose den andliga, religiösa omvårdnaden. Även detta blir komplext när det oftast inte finns några generella regler vare sig centralt eller på de olika avdelningarna eller enheterna när det gäller denna typ av vård.

I detta kapitel har vi försökt att beskriva det sammelsurium av aktörer som står att finna när religion sätts i fokus för så kallad mångkulturell vård och omsorg. Kapitlet har emellertid inte enbart visat att det finns en lång rad olika aktörer på detta område, utan även – dock underförstått – att det är viktigt att kunna reflektera kring de grundfrågor som restes i bokens inledande kapitel: vad, var, vem, hur och varför.

Eftersom de olika aktörerna dels kan förstå frågor om kultur och religion olika, dels kan agera utifrån olika intressen, är det naturligtvis viktigt att initialt skapa sig en förståelse av hur man tänker om detta bland de olika intressenterna. Vård- och omsorgsinrättningar kan förstå en händelse på ett sätt, ett religiöst samfund på ett annat och patienten själv på ett tredje sätt. Lika centralt som att skapa förståelse av vad-frågan är det att förhålla sig till var-frågan. Var-frågan är dock mer komplex än att utreda att något hänt på ett sjukhus eller ett vårdboende eller liknande. Ett exempel på detta är att vidga uppfattningen om var-frågan till betydelsen av kontext eller sammanhang. Om detta låter sig göras kan var-frågan besvaras utifrån olika professionella perspektiv, religiösa perspektiv, eller utifrån ett sjukdomsperspektiv. En person som drabbas av sjukdom kan ha vissa intressen medan anhöriga kan ha ytterligare andra; de kan förnimma kontexten på olika sätt. Intressen kan även förändras över tid, vad som i ena situationen kan vara självklart kan i nästa situation vara otänkbart. Den kanske mest centrala frågan som berörts i detta kapitel har varit vem-frågan. Det är således centralt att förstå vem intressenten är. Detta kan exempelvis skifta beroende på om ett religionsspecifikt behov och intresse eller allmänreligiösa diton föreligger. Vem-frågan är naturligtvis också kopplad till frågan om grupp och individ. En person kan själv uppfatta sig tillhöra en grupp, samtidigt som omgivningen kan tillskriva personen en annan tillhörighet (vilket också är kopplat till frågan om det religionsspecifika och det allmänreligiösa). Om vi kopplar samman vem-frågan med vad-frågan kan det också konstaterats att vi i detta kapitel reflekterat över frågan om vårdtagarens önskemål och behov, och att vi visat att dessa på inga vis är självklara eller möjliga att koppla till förenklade föreställningar om grupp och individ. Hur-frågan har i kapitlet diskuterats i termer av att olika andliga behov kan skifta, dels beroende på kontext dels beroende på vem som ställer kraven på ett visst agerande. Precis som i fallet med alla de olika frågorna, har varför-frågan diskuterats utifrån ett



mångtydigt perspektiv; det är svårt – för att inte säga omöjligt – att skissera ett tydligt svar på frågan om varför ett existentiellt, andligt eller religiöst behov uppstår eller existerar eller vad det består av. Det kan skifta beroende på vad, var, vem, hur. Genom att förhålla sig till den så centrala varför-frågan möjliggörs för reflektion över varför ett visst behov föreligger, eller varför olika aktörer agerar som de gör, och genom detta möjliggörs även för reflektion över hur gränser skapas, markeras och sätts; men även hur de kan överbryggas.

# KAPITEL 6:

## Att tillgodose religiösa andliga behov inom vård och omsorg

### Inledning

I de föregående kapitlen har vi tagit upp vilka behov av religion som kan finnas inom vård och omsorg samt vilka aktörer som är involverade när det gäller att tillgodose vård- och omsorgstagarens religiösa och andliga behov. I kapitlet skall vi se lite närmare på vård- och omsorgspersonalens arbete när det gäller att tillgodose behov av religion och andlighet i en vård- och omsorgskontext. Vi kommer i kapitlet att ta upp vad som kan behöva tas i beaktande när man erbjuder detta. Vi kommer också att se närmare på situationer när detta inte tas i beaktande och varför så inte sker samt ge exempel på när behov av religion och andlighet kan upplevas som problematiskt och på hur man trots detta många gånger ändå finner lösningar.

Att se, förstå och tillgodose vård- och omsorgstagares religiösa och andliga behov är inte alltid helt lätt. Det finns här, vilket vi lyfte fram i bokens inledande kapitel, ett flertal frågeställningar som man ställs inför när det gäller detta. Det kan vara: Hur vet jag vad vård- och omsorgstagaren vill när det gäller religion och andlighet? Hur vet jag vilken religion en person tillhör? Vem är det som tar beslut om man skall tillgodose dessa behov? Vem är det som skall tillgodose detta? Var sker det, det vill säga finns det situationer där det inte är möjligt att uppfylla de behov av religion och andlighet som vård- och omsorgstagaren har? På dessa frågor finns ofta inga enkla svar. Tanken med

kapitlet är att istället för att försöka ge svar, visa hur man reflexivt kan förhålla sig till olika situationer som aktualiserar behov av religion och andlighet. Vi kommer att ta upp olika exempel på vad man kan behöva tänka på för att behoven av religion och andlighet ska kunna uppfyllas, men även exempel där detta av olika skäl inte görs och varför detta inte har gjorts samt situationer när detta kanske inte är möjligt att genomföra. Perspektivet är här, liksom i de föregående kapitlen, vård- och omsorgstagarens och det är utifrån deras berättelser och de religiösa representanternas erfarenheter som exemplen kommer. Och återigen så är detta situationer och exempel som kan förkomma, men inget som går att generalisera att gälla för alla vårdtagare och omsorgstagare. Syftet med kapitlet är alltså att ge en bild av den komplexitet som finns närvarande när det gäller att som vård- och omsorgsgivare tillgodose vård- och omsorgstagarens behov av religion och andlighet och visa hur man reflexivt kan förhålla sig till detta.

## Gruppförvirring

En viktig fråga som man som vårdgivare ställs inför är den om individen i förhållande till gruppen. Om vi går tillbaka till idéerna om mångkulturell vård och omsorg så bygger dessa på antagandet att den professionella praktiken måste förändras från ett explicit och implicit undvikande av kulturfrågor (inkluderat etniska och religiösa aspekter) till ett tydligt artikulerande av desamma. Ett exempel på denna typ av sammankoppling gavs redan i inledningskapitlet när vi berörde Madeleine Leningers ansats ”transkulturell omvårdnad” och nämnde hennes så kallade soluppgångsmodell. Det är en modell som är tänkt som ett slags hjälpmedel för sjuksköterskor att balansera mellan individuella och gruppbaseade spörsmål. Kärnan i olika mångkulturella vårdmodeller är att de visar på behovet av att den vårdprofessionelle (exempelvis sjuksköterskan, men resonemanget kan naturligtvis också gälla samtliga professioner inom vård- och omsorgssektorn) ska förhålla sig till såväl kultur som religion och etnicitet, i det praktiska vårdmötet. Detta kan vara en problemfri praktik, men eftersom gruppbegreppet inte ifrågasätts utan snarare tas för givet, i enlighet med diskussionen i kapitel 3, riskerar modellen att resultera i att gruppen skymmer individen. Det som händer är att individen med kristen bakgrund kategoriseras som kristen, muslimen som muslim, turken som turk och finnen som finne. Kategorierna skapas med andra ord inte av individernas egna självbilder, utan snarare av andras föreställningar om kategorin.

Det exemplet som citerades i slutet av kapitel fem om hur olika parter inte var överens om en avliden, skulle obduceras eller inte, visar även på komplexiteten i den ovan beskrivna grupproblematiken. I detta fall ställs både representanten från ett religiöst samfund som sjukhuspersonal inför denna problematik. Historien kretsar kring en patient med muslimsk bakgrund, vars sjukdomshistoria var komplex. Hans tillstånd skiftade. I ena stunden var han mycket dålig, varpå han i nästa stund mädde betydligt bättre. Plötsligt avlider han. De anhöriga ser hela förloppet och upplever att det har skötts oprofessionellt. Förmodligen som ett resultat av den chock de befinner sig i blir situationen aggressiv. I chocktillståndet menar de anhöriga att personalen orsakat patientens död för att de är muslimer och efterhand blir situationen än värre och de

anhöriga ber sjukvårdspersonalen att lämna dem i ensamhet så att de kan utföra vissa ritualer. I samma stund bestämmer den ansvariga läkaren att den avlidne personen måste obduceras så att den exakta dödsorsaken kan fastställas. Samfundsrepresentanten uppfattade att svaret som ges av de anhöriga är att detta ej är aktuellt för att de är muslimer, och att de som muslimer ser obduktionen som en form av skändning av den avlidne. Istället vill de att den avlidne släktingen så snart som möjligt ska få begravas. Läkaren lämnar rummet varpå personen från samfundet träffar de anhöriga. Efter en stunds samtal går det upp för de anhöriga att obduktionen kan vara ett redskap för dem att bevisa att det är sjukvården som brösttit och att det verkligen är sjukvårdens fel att deras anhöriga har avlidit. De anhöriga svänger sålunda i sin uppfattning om obduktionens varande och ger sin tillåtelse till att utföra obduktion. När de meddelar sitt beslut till sjukvårdspersonalen låter dessa dock sedermera meddela att den avlidne inte skall obduceras. Beslutet meddelas av den ansvariga läkaren som i sin tur hänvisar att beslutet att inte obducera den avlidne är taget av dennes chef, som menade att obduktion inte ska ske med hänsyn till den avlidne personens religiösa hemvist: Han var ju muslim, och muslimer vill ej obduceras. I denna historia finns det även andra intressanta komponenter som gör gruppfrågan mer intrikat. Bland de anhöriga är det en nära släkting som är extra angelägen om obduktionen medan andra anhöriga uppvisar en mer moderat inställning till detsamma.

En situation som den ovan återgivna kan tolkas på flera sätt. För det första är det tydligt att det vi tänker på som grupp i praktiken inte är så välavgränsbart. För en av de inblandade, betydde muslimskheten en sak, för en annan anhörig betydde det något annat. Dessutom skiftade deras inställning vilket dels kan ha berott på chock, dels på situationen som sådan. De inblandade i situationen finner och brukar en identitet som passar i situationen, den förändras beroende på omvärldens skeenden. Svaret på vem en individ är och hur kollektivet bäst bör förstås skiftar med andra ord beroende på om du sätter individens självbild i fokus eller hur individen och dess grupptillhörighet förstås av andra, utomstående aktörer. Vem som är muslim och vad detta innebär är således oerhört svårt att beskriva eftersom det är omgärdat av stora osäkerhetsfaktorer. Vad det innebär att vara muslim kan även skifta från sammanhang till sammanhang. Situationer som den ovan återgivna kan med andra ord förstärka den religiösa tillhörigheten, och uppfattas som än mer annorlunda och främmande för omgivningen än den initialt gjorde. Verksamhetschefen, som tog beslutet att inte genomföra en obduktion, brukade sina **föreställningar om det ”muslimska religiösa behovet”, och beslutade i enlighet med sina föreställningar** att inte genomföra obduktionen. Man kan nästan ana att denna arbetat utifrån en modell avseende transkulturell omvårdnad, som den som återgetts ovan.

I sjukvårdspraktiken är alltså frågan om gruppers behov ytterst komplex. Den centrala frågan är alltså: Hur ska sjukvårdspersonal kunna veta vad som är vad och vem som är vem? Hur kan man se en patients grupptillhörighet? En av person från sjukhuskyrkan berättar i en intervju om hur denna tror att sjukvårdspersonal gör för att ta reda på vem som är vem.

Informant: Dom brukar fråga, och det är också någonting lite ojämnt i det. Är man svensk och ser väldigt svensk eller skandinavisk ut och skrivs in på en avdelning så tror jag att man [sjukvårdspersonal] oftast inte ställer några frågor kring religion. Men ser man ut att

komma från mellanöstern så tror jag att man oftast får frågor. Alltså att patienten blir tillfrågad, jaha är du muslim kan du inte äta vad som helst.

Intervjuare: Och då är det egentligen praktikaliteter som styr det, matintag och sånt?

Informant: Ja det kan det ju i och för sig vara, det vill säga att som kristen så äter man oftast all mat som finns här i Sverige men...

Intervjuare: Och då frågar man inte för ett kommande religiöst andligt behov, utan då är det mera det praktiska till exempel mat?

Informant: Ja det är säkert så.

Intervjuare: Men det skulle kunna få till följd att dom som är muslimer får en större möjlighet att få andlig vård också?

Informant: Det skulle ju kunna vara så. Men jag tror inte att det är så eftersom man som muslim inte har så stor tillgång till den andliga vården så det tar ut varandra lite.

Intervjuare: Men man skulle kunna missa kristna eftersom dom inte blir tillfrågade om det, att dom kanske skulle behöva själavårdare men blir inte tillfrågade?

Informant: Ja, det missar man. Absolut det missar man.

Det finns likheter mellan de ovan återgivna exemplen, nämligen hur sjukvårdspersonal ska veta att en grupp är en grupp, hur det är möjligt att förhålla sig till dessa ofta helt osynliga identiteter och grupptillhörigheter. Det finns, vill vi påstå, en praktisk dimension bortom de transkulturella teoriernas abstrakta värld, en praktisk och reell gruppförvirring som sjukvårdspersonal ställs inför i sitt vardagliga arbete: Religion syns inte. Kultur syns inte. Grupper syns inte. Dessutom är de situationellt bundna, det vill säga de kan ändra sin betydelse beroende på vilken situation den religiösa individen ställs inför.

Även om vi nyligen konstaterat att individuell religiös tillhörighet och religion som en grupptillhörighet inte syns så existerar religion som grupp högst reellt. Här avser vi olika religiösa organisationer, t.ex. olika samfund och församlingar, till vilka religiösa individer kan tillhöra. Det är detta duala faktum som gör religion till ett bra exempel på komplexiteten för kultur inom vård och omsorg. I en annan intervju med en sjukhuspräst framkommer denna dualitet. Bakgrunden är en man med artikulerad katolsk tro som har bett en sjuksköterska om att få prata med en katolsk präst. Sjuksköterskan kontaktar sjukhuskyrkan och berättar att det finns en patient som vill tala med en präst. Prästen möter patienten och inleder ett längre samtal. Efter en stund framkommer det att patienten inte alls ville prata med en präst i Svenska kyrkan utan en katolsk präst. Detta hade han särskilt betonat för sjuksköterskan. I religionsperspektivet handlar gruppfrågan inte enbart om mer eller mindre abstrakta frågor om självdefinierad tillhörighet, det finns även en mycket konkret gruppproblematik, nämligen den om vilket religiöst samfund en individ tillhör. Arbetet med religion inom ramen för vård och omsorg måste således baseras på en form av känslighet inför patientens önskemål.

## Vad kan man egentligen veta?

En annan aspekt av gruppproblematiken och frågan om hur sjukhuspersonal vet att en grupp är en grupp och om hur de i sitt arbete vet vilka kulturella (religiösa) behov en individ har är den om stereotyper och fördomar, vilket diskuterades i kapitel 3. Vad är det man som sjukvårdspersonal egentligen kan veta om olika grupper när både individers och grupperns självbilder skapas från inifrånperspektiv respektive utifrånperspektiv? Det finns

i detta fall en risk att beskrivningar av grupper uppfattas som sanna och svårkorrigerade och att de därför kommer att präglas av människors stereotyper och fördomar. Ett exempel på detta är att muslimer ofta framställs som en religiös grupp som inte är intresserade av själavård, inte äter griskött eller ogillar obduktion. Eftersom själavård traditionellt definierats som något nära sammankopplat med kristendomen, får detta som konsekvens att individer som uppfattas tillhöra, eller som tillhör andra religiösa grupper, utesluts från denna möjlighet till andlig omsorg. Det finns en risk att olika gruppers behov snarare bestäms genom mer eller mindre fördomsfulla utifrånbeskrivningar, än på basis av individernas önskemål. En person från sjukhuskyrkan berättar att sjukhuskyrkan har kontakter med flera olika religiösa företrädare och samfund, men att de saknar väl upprättade kontakter med muslimska samfund. Försök till kontaktskapande hade skett, men vid kontakter med ett muslimskt samfund hade de fått svaret att de inte ger själavård. Med detta exempel vill vi visa att olika begrepp kan skapa problem. Själavård är en term som traditionellt brukas för kristna individers andliga sökande. Samtidigt innebär detta inte att samtliga individer med muslimsk bakgrund eller som erkänner sig till islam som religion inte har ett behov av att prata om andliga frågor, exempelvis i en sjukdomskontext. Detta visar sig speciellt i de intervjuer vi gjort med företrädare från sjukhuskyrkan, präster företräddesvis från Svenska kyrkan, vilka berättar om samtal de haft med såväl praktiserande som ickepraktiserande muslimer, som aktivt gjort valet att prata med en präst. Det är med andra ord viktigt att komma ihåg att de individuella skillnaderna inom en grupp kan skifta mycket samtidigt som vi begränsas av dessa skillnader när vi tenderar att se omvärlden som bestående av kategorier, vilka kan vara kopplade till fördomar, t.ex. föreställningen att muslimer främst vill praktisera sin andlighet och religion offentligt.

Ett annat exempel på hur olika grupper kan reduceras kommer en av informanterna som förutom att han själv tillbringat tid på sjukhus, även under en tid arbetat på hospice. Han berättar om hur de informerade varandra på hospice om när en muslimsk patient anländer:

Det var väldigt intressant för det är just det som kommer upp på tavlan när vi får in en muslimsk man eller kvinna så står det minus gris och sen så vet man: Å nej, du kan inte gå in där för du är kvinna. Det är det man vet i stort sett.

Informationen som ges de anställda är att det ligger en ”minus gris”, det vill säga en muslim på rummet. Förutom att det är ett nedlåtande sätt att beskriva en individ (oavsett hur aktivt religiöst praktiserande denne är) så ställs hela gruppfrågan utifrån fördomsperspektivet på sin spets i detta exempel. Det är sjukvårdspersonalens beskrivning av en annan grupp vilket, enligt den anställde, ger signaler om vem som får beträda rummet. Detta innebär att det i rummet inte finns en enskild individ utan en ”muslim” som per definition inte vill ha kontakt med kvinnor, inte äter fläsk och inte har behov av själavård. Den hospiceanställda informanten berättar vidare om hur många fördomar kretsar kring muslimerna som kategori:

Personalgruppen på hospice är ju lika färgad av allt som händer i världen som alla andra ju och det har ju pågått en häxjakt på muslimer de senaste åren och har tagit sig in även på hospice. Folk som har lite förutfattade meningar om att ja, ja månggifte och ja, alltså man blandar ihop religiösa och kulturella värderingar helt enkelt...

Här infinner sig ett intressant fenomen där frågan om kultur, vård och omsorg utifrån ett religionsperspektiv i relation till såväl fördomar som professionsetiken ställs på sin spets. Låt oss se lite närmare på de etiska riktlinjer som finns för olika professionella grupperingar i människonära yrken för att tydliggöra detta.<sup>24</sup> Grundtanken med dessa etiska riktlinjer är att de ska peka ut riktlinjer för det goda arbetet för olika professionella grupperingar, exempelvis sjuksköterskor, barnmorskor, röntgensjuksköterskor och socionomer. Riktlinjerna syftar till att utgöra en värdegrund för de professionella praktikerna, det vill säga sätta upp ett slags spelregler för vad som kan anses vara det ”goda” yrkesmässiga beteendet. I vissa av de etiska riktlinjerna finns uttalade ambitioner att vårdprofessionellas arbete inte enbart handlar om att skapa en god vård eller social omsorg. Det professionella arbetet med vård och omsorg definieras också som ett samhällsarbete. De etiska riktlinjer för socionomer skrivna av Akademikerförbundet SSR har exempelvis som ett mål med det sociala arbetet att skapa ett väl sammanhållet samhälle, vilket präglas av förståelse mellan enskilda och grupper, av delaktighet och lojalitet med vad som definieras som en demokratisk medborgarkultur. Fackföreningen SKTF, har i sina etiska riktlinjer för socionomer liknande formuleringar även om de inte är lika uttryckliga. I dessa fokuseras exempelvis alla människors lika värde och att såväl individers som gruppers upplevelser och behov ska vara utgångspunkten för det sociala arbetet. Även inom sjuksköterskornas och barnmorskornas etiska riktlinjer finns formuleringar som beskriver hur individer ska värnas, exempelvis genom formuleringar om mänskliga, kulturella och religiösa rättigheter.

Utifrån dessa korta beskrivningar kan vi påstå att riktlinjen för det goda arbetet är att den professionelle ska värna såväl samhällets spelregler, som individens önskemål, vilket i praktiken blir en svår balansgång. Följande citat från en kvinna som genomgått en cancersjukdom kan få illustrera svårigheterna i denna balansakt:

- Intervjuare: Hade du önskat att någon från början nämnt till exempel sjukhuskyrkan och uppmärksammat dig på det andliga, då när du fick sjukdomen?  
Informant: Ja, eller i och för sig, det ligger ju broschyrer överallt. Jag kommer ihåg att jag såg broschyrerna.  
Intervjuare: På onkologen?  
Informant: Ja och där jag var inlagd också. Där fanns liksom någon plansch och så där, men...  
Intervjuare: Pratade personalen om det?  
Informant: Nej det gjorde dom inte. Dom hade ju kunnat nämna det samtidigt som de nämnde kuratorn faktiskt. Det hade dom kunnat göra.

---

<sup>24</sup> Vi baserar diskussionen om professionell etik på etiska riktlinjer som finns för socionomer, sjuksköterskor och barnmorskor och som är utarbetade av de olika yrkesgruppernas fackföreningar (se exempelvis Svenska kommunaltjänstemannaförbundet (SKTF), Akademikerförbundet SSR, Vårdförbundet, Svensk sjuksköterskeförening).

Intervjuare: Men det gjorde dom inte?

Informant: Nej det gjorde dom inte. Det tycker jag att dom skulle kunna. De skulle kunna säga att antingen kan ni prata med sjukhusprästen eller med en kurator, men också förklara hur dessa möten ser ut så dom inte tror att... Vissa tror ju att man ska komma på sista smörjelsen. Vissa känner ju så och vissa kan ta det fel: Oj är det så illa ska jag dö nu! Nu måste prästen komma. Så att det där det är lite komplicerat. Då får dom nog förklara att det inte innebär att man är på "sista versen" för att sjukhusprästerna kommer. Jag tror att det är där missuppfattningen ligger. För så är det verkligen inte.

Vi ser att patienten upplevde att personalen *inte* vill prata om religion med hänvisning till att sjukvårdspersonalen vill värna individens integritet. Detta som en följd av att det finns en risk att patienten kommer tro att denne är sjukare än den är eftersom man utgår från en sammankoppling mellan religion och död. Den intressanta problematiken i relation till de ovan beskrivna riktlinjernas utpekande av att värna samhälle och individ, har naturligtvis att göra med hur vi definierar samhälle och hur vi ser på individernas roll i samhället. De har även att göra med hur vi förstår termen integritet, dvs. hur värnar och skyddar vårdprofessionella bäst patienters intressen och samhällliga normer och regler. Frågan är med andra ord hur vi kan förstå den ovan citerade patienten och dennes **upplevelser i ljuset av de etiska riktlinjernas "krav" att värna samhälle, grupp och individ?** Det handlar alltså om att balansera mellan integritet, grupp och individ. Ett exempel på hur svåra dessa gränsdragningar är och hur de kan skifta mellan intention och handling är exemplet från ovan att tala om muslimer i termer av minus gris. Intentionen är förmodligen inte att vara nedsättande och att kränka en individs integritet utan snarare resultatet av pragmatik och för att skapa en smidig fungerande vardag. Likaväl uppfattas förmodligen detta tal som integritetskränkande av de flesta.

## Missförståndens problematik

Grupproblematiker, oavsett de är kopplade till fördomar eller ej, kan leda fram till allehanda former av missförstånd i det praktiska arbetet, vilket kan drabba såväl sjukvårdsprofessionella som religiösa företrädare. En situation som det berättats om **kretsar kring vad vi kan kalla för "missförståndens problematik"**, vilket handlar om ett missförstånd mellan sjukvårdspersonalens kunnande och de religiösa samfundens krav och intressen. I föreliggande fall hade sjukvårdspersonal kallat på en präst för att ge en patient de sjukas smörjelse. När prästen kom hamnade han i en diskussion med någon i personalen som ger kritiska synpunkter på hans utövande med anledningen att det är de anhöriga och inte patienten som önskat detta. Detta, menar prästen, är ett missförstånd från sjukvårdspersonalens sida eftersom han menar att en katolik alltid vill ha denna smörjelse även om man ej kan artikulera detta. Exemplet tydliggör för det första vikten av att sjukvårdspersonal har kunskaper om olika religioner och krav som kan finnas inom dessa. För det andra visar det att vi aldrig kan vara säkra på vad en grupp vill ha, vi vet ju faktiskt inte vad exempelvis olika individer med katolsk bakgrund vill ha. För det tredje pekar det på att sjukvårdens integritetsskyddande ideal ibland kan krocka med religiösa intressen. Detta är extra tydligt i detta fall, när sjukvårdspersonalens agerande förmodligen kan förklaras med såväl okunskap som fördomar som integritetsskydd.



Samtidigt finns det ju en möjlighet att sjukvårdspersonalen visst uppfattat situationen korrekt och att individen inte ville. Gränsdragningen mellan kunskap, gruppbehov och integritet är svårgreppbar och inte sällan flertydig och komplex. Ett annat exempel på missförståndets problematik berättas av en annan person:

Informant: Många gånger kommer upp till tio personer. Enligt islamsk moral är det viktigt att hälsa på sjuka och erbjuda sitt stöd särskilt om de är på sjukhus. Gud säger i en text till profeten: Varför har du inte kommit och besökt mig då jag varit sjuk? Det är helt enkelt viktigt att besöka en man som är sjuk.

Intervjuare: Har det varit problem?

Informant: Ibland säger sjukvårdspersonalen att det finns beslut, men vi vet att vi kan gå dit en kort tid. Vi organiserar detta för vi vet om systemet...

Intervjuare: Men vet personalen, vet de vad som förväntas av en muslim?

Informant: En del vet att muslimer måste besöka sjuka. Det är en tradition inom islam. Det måste man göra. De kommer med kakor.

Det kan naturligtvis uppfattas som ansträngande och problematiskt för den sjukvårdsprofessionelle när en större mängd människor insisterar på att besöka en patient, inte minst med tanke på att många sjukhussalar hyser flera patienter. Det är dock viktigt att sjukvårdspersonalen försöker förstå drivkraften bakom detta beteende så att missförstånd av olika slag kan undvikas. Samma situation tas upp av en annan person, en muslimsk representant. I intervjun berättar han om hur såväl de muslimer som kommer på besök till den sjuke verkligen uppfattar att de gör sin plikt och hur de inte är där för att störa. Representanten menar i intervjun att besökaren i grund och botten har samma intresse som sjukvårdspersonalen i så mån att alla är där för den sjukes bästa. Frågan är ju, menar den muslimske representanten, hur man tillsammans kan skapa ett fungerande sätt att agera tillsammans utan missförstånd inom sjukvårdens regelverk. Sedan kommer han med ett enkelt förslag på hur denna missförståndets problematik kan lösas, nämligen genom: ”att bli väl bemött”. Många gånger så löses också missförstånden utan några större problem, vilket denna representant från ett religiöst samfund ger exempel på:

Dom kontaktar oss när det gäller kvinnor som är gravida i samband med fastan. Dom vill fasta men samtidigt är de gravida. Barnmorskan eller läkaren säger att det är riskfullt men för dessa personer är fastan är viktig. Men att inte skada fostret är viktigt och vilket är det man ska prioritera. Så då vi kommer in i bilden för att kunna hjälpa kvinnan att avgöra vilket som ska prioriteras. Patienterna har respekt när vi säger att det är bättre att avbryta fastan. Ibland kan vi kanske säga: Nej du måste avbryta fastan och dom vet att vi kommer ifrån samma principer och att man inte har något i baktanke när man säger till kvinnan att du måste avbryta fastan

## Att inte tillgodose behoven

Frågor avseende gruppens förhållande till individen är en central aspekt av arbetet med att tillgodose religiösa och andliga behov inom vård och omsorg, en annan viktig aspekt är att dessa behov i vissa fall inte alls tillgodoses. Vi vill lyfta fram att religion och andlighet många gånger är en ickepraktik inom vård och omsorg och ge några

förklaringar till varför det är så. När vi talar om ickepraktik är det viktigt att poängtera att graden av aktivitet kan skifta från verksamhet till verksamhet. I de intervjuer vi gjort framkommer t.ex. att utrymmet för andliga och religiösa samtal med sjukvårdspersonal kan vara större i hospicemiljö, än i traditionell sjukvårdsmiljö, vilket kan förklaras med det faktum att personalen på hospice är vana vid att hantera frågeställningar kring livets slutskede. Det vi vill lyfta fram är dock att det inom vård och omsorg kan finnas en **“religionsblindhet”** – eller som en person från sjukhuskyrkan **framför det ”en religionsfobi”** – och vilka följder detta kan få för vård- och omsorgstagaren. Den hospiceanställda informanten berättar exempelvis följande:

Absolut, jag skulle önska att det fanns en diskussion på hospice. Att man pratar om det. Att man frågar patienterna: Har du någon andlig övertygelse eller har du någon religion att luta dig mot eller hur ser du på hela den biten? Att man öppnar upp en diskussion. För att, ja kanske inte för mig personligen, men för många andra vet jag att det är väldigt viktigt. Alltså jag känner inte det behovet egentligen men det skulle vara trevligt om det fanns där bara. Men sen vet jag om att det finns många patienter som känner att det glöms bort lite grand och kanske särskilt när man tänker på den muslimska befolkningen som tar sin tro på ett helt annat allvar en vad vi gör i Sverige, där man är mer religiös på ett sätt.

Han berättar vidare att om det sker samtal om religion kollegor emellan i hans arbetsgrupp så är det mellan de som har en artikulerad tro. Dessa samtal är dock av mer eller mindre privat karaktär. I relation till arbetet är det desto mindre religion. Det finns på arbetsplatsen en etikgrupp och en fallgrupp – två olika grupper där de talar om komplexa och svåra frågor och praktiska fall – men ingen grupp som uttryckligen tar upp religionsfrågorna, vilket han beklagar eftersom han menar att de andliga frågeställningar ständigt är närvarande i hospiceverksamheten. Att religionsfrågor inte alltid är aktuella i vårdkontexten bekräftas av en informant med egen erfarenhet från en sjukdomskontext. Under en längre tid var informanten, en man med artikulerad buddhistisk tro, drabbad av cancer, en diagnos informanten numer är friskförklarad från. Under sin tid på sjukhusen upplevde han att företrädare från olika religiösa samfund var ovanligt. Han mötte inga av dessa på avdelningarna, samtidigt som religion och andlighet inte var något som personalen uppmuntrade. Det ska tilläggas att informanten berättar om att han sett såväl informationslappar som affischer, men att han upplevde sig som handlingsförlamad, på grund av sjukdomen. Upplevelsen av handlingsförlamning innebar dock inte att han upplevde ett ickebehov av andliga och religiösa samtal, utan att han själv, på grund av sin allvarliga sjukdom, inte var kapabel att skapa dessa kontakter, samtidigt som sjukvårdspersonalen inte talade med honom om dessa frågor och möjligheter. Att sjukvårdspersonal inte förhåller sig till det andliga och religiösa behovet bekräftas även av företrädare från de ortodoxa kyrkorna, som i intervjuer berättar att det nästan alltid är familjemedlemmar och inte sjukvårdspersonal som tar kontakt och ber om andliga och religiösa råd och frågor. Han förklarar så här hur kan skulle vilja att det var när det gäller bikten:

Ja, biktens mysterier... Det är otroligt viktigt och jag tycker personligen att det är konstigt att man inte inom vården förhåller sig till detta. Om det kommer någon person till en avdelning som man vet är Serb till exempel, när borde det vara automatiskt att man frågar personen. Att man berättar att naturligtvis vi har kontakt med prästen. Vi kan få hit honom när som helst om ni behöver.

Även denna representant från ett religiöst samfund ger uttryck för önskemål om förståelse från personalens sida för religionens roll:

Det finns dom som försöker. Personalen kan vara väldigt bra men dom kan också vara väldigt svåra. På många sätt är dom bra. Det är bara det att dom inte vet hur de ska förhålla sig till oss präster. Dom är inte vana vid det. Jag har haft personal som har sagt till mig när jag har kommit för att besöka någon: Är du närmast anhörig eller nära anhörig och sånt. Dom har inte förstått vad det betyder. De vet inte vad det här är för nånting, så där kan man få dom frågan är du närmast anhörig och så. Sedan har jag haft problem med personal på olika ställen när man har flyttat patienten till något annat ställe och då hittar jag inte personen längre och då tror dom troligen att jag har övergivit dom.

Senare förklarar representanten om hur svårigheter att få reda på var man flyttat patienten eftersom personalen inte alltid förstår vilken betydelse han har för patienten har uppstått. Representanten är ju inte anhörig och ses inte heller som en nära vän. Därför vill personalen ibland inte lämna ut uppgifterna till honom och som en följd därav kan de religiöse representanten komma att mista kontakten med patienten. Frågan är härvid, vad kan förklara dessa ickepraktiker?

Det är naturligtvis möjligt att diskutera allehanda orsaker till att situationer som de ovan beskrivna uppkommer. Men oavsett vilken förklaring som ges så innebär de ovan beskrivna praktikerna, i detta fall det personalen inte gjort, avseende att uppmärksamma olika individers behov, att de yrkesetiska riktlinjerna (de goda intentionerna) sätts inom parentes (Jackal 1988). Det är möjligt att tolka praktiken att *inte göra*, som en utvecklad norm inom (delar av) sjukvården, en norm som personalen sedan följer eftersom den uppfattas som den bästa praktiken, det goda agerandet. Och samtidigt som normen följs, bekräftas den också varpå den uppfattas som verklig. Det blir således förmodligen än svårare för sjukvårdspersonal att skapa nya praktiker genom att göra på ett nytt sätt. Det finns med andra ord anledning att beskriva det sjukvårdspersonal gör när de inte gör som en moralisk handling, vilket också hänger samman med att praktiker faktiskt är något den enskilda aktören vill vara bra på.

## Om religion och osäkerhet

En förklaring till varför religion och andlighet inom vård och omsorg kan beskrivas i termer av ickepraktiker är att personalen de facto känner osäkerhet inför exempelvis religionsfrågor. Denna problematik blir än tydligare om vi ser det i ljuset av att grupp inte alltid är grupp utan snarare kategori, fast grupp samtidigt kan vara grupp i formen av ett religiöst samfund. Det finns många konkreta och abstrakta problem för sjukvårdspersonal att hålla reda på i detta arbete. En av de intervjuade uttrycker denna problematik så här:

Det kan ju vara jättesvårt för det blir en jättegrej för personal att helt plötsligt bli lite religionsvetare samtidigt som man ska... Så det kan jag förstå, men någonstans så kan jag väl tycka att man på avdelningen borde ha någon form av religionsansvarig eller något sådant där som man kan hänvisa till om det kommer in någon som kanske till och med frågar efter en religion som inte är så jätte vanligt så att man har någon som kan ja men vi kan höra med då ”Per” här borta om han kan fixa det.

Frågan om religionens plats och roll inom vård och omsorg är till syvende och sist en fråga om kompetens, dvs. om formell och reell kompetens. Det är med andra ord en fråga om vad vi lär oss inom våra formella utbildningar, och vilka övriga kunskaper vi har om denna fråga, om vad samhället vill att vi ska kunna till och vilka förväntningar som ställs på professionella inom vården. Att inte känna att kompetensen, oavsett om den är formell eller reell, räcker till skapar osäkerhet. Ett exempel om hur denna osäkerhet kan ta sig praktiska uttryck är den man som togs upp i kapitel 5, med egen sjukdoms- och sjukhuserfarenhet och med artikulerad religiös övertygelse som berättar att när han låg på en sjukhusavdelning och hade tagit med sig vissa religiösa artefakter, en liten buddhastaty, två små värmeljushållare och en rökelsepinne in på rummet, hela tiden medveten om att man inte får tända ljus när det finns syrgas i närheten. Sjuksköterskorna kom ”i flock springande” **in i rummet och förklarade för honom** att han inte på några villkor fick ha levande ljus i rummet. Han fick förklara att artefakterna enbart var där för **syns skull för att han var buddhist och tillägger** ”dom hade inte så mycket koll på den här religiösa biten”. Det hela vände efter hand till att bli en diskussion om buddhism och att han var buddhist.

Situationer som denna uppkommer förmodligen ofta inom vården och det visar på vikten av att hela tiden balansera mellan sjukvårdens krav på regler och rutiner, samtidigt som dessa hela tiden på olika sätt kan utmanas av religiösa praktiker, som sjukvårdspersonal måste ha kunskap om. Detta kan skapa osäkerhet. Eftersom svaret på vad en individ och en grupp är bäst står att finna i hur den eller de själv(a) definierar sig, är processen att möta såväl individer som grupper präglade av osäkerhet. Det blir ett sammanhang som präglas av osäkerhet och som kräver osäkerhetsreducerande **medarbetare, vilka i sina ”goda gärningar eller praktik” ska kunna skapa kontroll, tillit och trygghet**. Detta framkommer tydligt i den roll som personal som själv har en religiös övertygelse har när det gäller detta, vilket vi återkommer till nedan. I en osäkerhetspräglad kontext blir frågan om osäkerhet oundvikligt centralt. När osäkerheten växer sig starkare ökar även risken för ett undvikande av grupp och individproblematiken: den goda handlingen blir paradoxalt nog att inte göra.

## Religiös/andlig omvårdnad och profession

En annan förklaring till varför man finner ickepraktiker när det gäller religion och andlighet inom vård och omsorg är balansgången mellan att upprätthålla ett professionellt beteende och samtidigt värna vårdtagarens integritet– en balansgång som ofta sker på en skör tråd.

En av personerna från sjukhuskyrkan berättar i en intervju om sina upplevelser av att som religiös företrädare möta sjukvården och olika professionella grupper. Informanten

berättar om sina upplevelser av att få olika bemötande från olika avdelningar. Om informanten lyckats skapa tillitsfulla kontakter sker de vardagliga mötena utan misstanke och med känsla av att vara välkommen. Dock är det inte den enklaste process att ta sig in, personen från sjukhuskyrkan beskriver hur **man får "karva" sig in i de olika avdelningarna**, och att det man karvar sig genom är en slags symbolisk mur av religionsrädsla. Denna rädsla hos sjukvårdspersonalen menar personen från sjukhuskyrkan existerar, även om det andliga och religiösa behovet som patienterna har rimligtvis torde vara lika stort överallt. I sin berättelse om kontaktskapande säger personen från sjukhuskyrkan att det är från sjukvårdspersonalen hon upplever denna rädsla, det är väldigt sällan som informanten upplever att en patient tydligt uttrycker aversioner eller ovilja mot sjukhuskyrkans existens på avdelningarna. Visst, understryker informanten, kan en del patienter bli rädda eller osäkra om de är svårt sjuka, är nära döden eller om de nyligen fått ett tungt besked avseende diagnos eller liknande, men i dessa situationer är det prästens professionella uppgift att på ett tryggt sätt avdramatisera sin yrkesroll och representation och även skapa tillit och trygghet. Den rädsla som sjukvårdspersonalen uppvisar, beskrivs i termer som att personalen är rädda att prästen ska **"slänga Bibeln i skallen på patienterna"**, **underförstått en rädsla för mission och frälsningsarbete på de olika sjukhusavdelningarna**. Stora delar av den intervjuade personen från sjukhuskyrkan handlar om en krock mellan sjukvårdens och de professionellas krav på att värna den individuella integriteten, att samtidigt värna individens rätt till religiöst uttryck och att skapa en god vård. Det finns uppenbara risker för att det andliga och religiösa behovet får stå tillbaka i förmån för en säkerställd integritetsvinst och bibehållen professionell legitimitet, utifrån den professionelles horisont.

En annan informant, en buddhistisk konvertit med egen erfarenhet från sjukdoms- och sjukhuskontext, vittnar om liknande problematiker utifrån sina upplevelser. Han menar att det finns lite, för att inte säga inget, inom omvårdnaden och i de professionellas yrkesutövande, där andliga och religiösa frågor får ett tydligt praktiskt avtryck. Detta gäller också för den kvinna som i kapitel 5 citerades när det gällde hennes kontakter med kuratorn på sjukhuset och hur mötet med denna person inte alls stämde. Hon upplevde hur kuratorn bemötte henne dåligt och hur hon slarvade i mötet med sjuke. Kuratorn satte snabbt diagnos på kvinnan: Du har ångest för att du har en dödlig sjukdom! Den cancersjuka kvinnan blev förskräckt av det abrupta beskedet. **"Jag har grubblat så mycket på att hon sa så. Säg inte så! Säg livshotande istället. Många blir ju faktiskt botade av cancer. Det kan verka som en petitess, men för mig var det jättejobbigt att hon sa så"**. Denna cancersjuka kvinnas möte med de delar av sjukvården som erbjuder olika former av samtalsstöd – kuratorer och psykologer – blev allt annat än bra utifrån hennes perspektiv, det saknades hela tiden en central aspekt. Kvinnan berättar vidare att det enda hon behövde prata om, var kopplat till döden och den existentiella kris hon befann sig i. **Hon behövde prata med någon "om det här andliga" som hon uttrycker det**. De andliga och religiösa dimensionerna av vården var i kvinnans fall en förbisedd praktik – en ickepraktik – detta trots att hennes behov av dessa aspekter av vården var alldeles uppenbara. Svaret på frågan varför det andliga behovet förbises av vården kan, som ovan skisserats, stå att finna i professionerna.

En av medarbetarna vid sjukhuskyrkan vi intervjuat berättar om en situation som drabbade en tidigare medarbetare som numer slutat. Den tidigare anställde blev kallad till ett möte på sjukhuset där det klart och tydligt framkom att sjukhuskyrkan inte var välkommen och att deras kompetens inte behövdes. Personen från sjukhuskyrkan upplevde att kuratorerna verkligen menade att de kan utföra de existentiella aspekterna bättre än sjukhuskyrkan. Det informantens vittnar om är en form av professionell kamp om såväl legitimitet som kontroll, som en krock eller konflikt mellan de traditionella sjalahantverkarna och det moderna samhällets sociala ingenjörer. I grund och botten är **naturligtvis detta en ”andlighetens problematik”** – det vill säga att se och förstå betydelsen av andlighet – som kan kopplas till yrkesutövande och professionsetik i ett sekulariserat samhälle. Samtliga yrkesetiska koder vi beskrivit ovan är utformade att passa in i det sekulära samhället. De förväntningar som ställs på de vårdprofessionella är att de i sitt yrkesutövande ska balansera mellan att förhålla sig till religion, samtidigt som att de inte ska överträda den personliga integriteten. Enligt diskussionen ovan, skulle man dock kunna dra slutsatsen att detta i praktiken kan innebära att de professionella inte frågar alls om religion och andliga aspekter. Orsaken till detta är förmodligen att det sekulariserade samhället sätter andligheten inom parentestecken, varför den får en liten roll och betydelse i det praktiska yrkesutövandet, något vi snart återkommer till men först ska vi se på hur situationen kan vara för personer med en religiös övertygelse som arbetar inom vården.

## **”Religionsalibin” i vården**

En kontext som präglas av ickepraktik, osäkerhet och professionellt agerande visar sig **skapa ett behov av olika former av ”religionsalibin”**. Vårt argument att religionsfrågan präglas av ickepraktik och osäkerhet, förstärks av de intervjuer vi gjort med individer med en tydligt artikulerad religiös tro som förutom att de befunnit sig som sjuka inom en vårdkontext även arbetar i vården. I dessa intervjuer berättar informanterna om att de, för att de har en artikulerad tro, blir ett slags religionsalibin i respektive verksamhet. En av våra informanter, en man som arbetat på ett gruppboende och som även är pastor i en frikyrka berättar i intervjun om hur han hela tiden varit öppen med sitt engagemang i sin församling och om hur han upplevde att detta underlättade för honom att prata med såväl kollegor som boende. Han berättar:

Och plötsligt så sitter man där och självvårdar sin egen arbetskamrat till exempel någon vars barn har gått bort eller andra situationer eller så blir det samtal med patienter. Det finns ett stort sug, ett behov. Det finns en massa förutfattade meningar om hur det ”är”, så skall en kristen bete sig och så är en muslim. För vi religiösa har ju kunskapen men de man pratar med har erfarenheten. Och man sitter ju där med en massa kunskaper som folk gärna frågar om och då blir det intressanta samtal och så och det hjälper faktiskt. Det hjälper både personalen och det hjälper patienten att det finns någon som har lite bättre grepp om dom här frågorna.

Även om religionsfrågan (och andra former av kulturrelaterade frågor) ofta ur ett generellt vårdprofessionellt perspektiv, hamnar i bakvattnet och präglas av ickeaktivitet eller praktiken att inte göra, så existerar ju fortfarande behovet av religion, andlighet och existentiella samtal, en diskussion vi fört genom hela boken. De informanter vi pratat med vittnar om att de får ta ett stort ansvar för religionsfrågan i vardagen på sina arbetsplatser. De blir ett slags kompetensresurser avseende religion. Det kan handla om att de får en mängd olika frågor om religion av sina kollegor, och blir utnämnda till att vara avdelningens eller verksamhetens religionsexperter. Eftersom de själva har en artikulera tro och ett intresse är det legitimt att använda dem, att ge dem ett inofficiellt ansvar för dessa frågor. De har en inneboende legitimitet att prata om religion, det är som om det är enklare för dem eftersom de har en självupplevd förståelse av religion. Dock behöver dessa individer föra en ganska avancerad balansgång mellan sin egen privata religiösa övertygelse och att prata om religion. Den legitimitet de har – i form av förtroende och tillit – som religionsalibin eller experter baserar sig på deras kunskap, och inte på att de ska övertyga andra, kollegor eller patienter, om sin privata tro.

## Ett sekulariserat samhälle och religion i vården

Det huvudsakliga svaret på frågan vad som orsakar osäkerheten och ickepraktikerna med avseende på religion inom vård och omsorg är det vi redan antytt i texten ovan, sekularisering (se vidare i kapitel 2). Sekulariseringen i ett samhälle har avgörande betydelse för religionens och andlighetens plats i sjukvården. Sjukvården förväntas värna den personliga integriteten, det vill säga att den inte ska lägga sig i privata frågor i onödan. I ett sekulariserat samhälle betraktas religion och andlighet i stor utsträckning som en privat fråga. Sjukvårdspersonalens arbete försvåras då, eftersom att det finns en gränsdragningsproblematik i och med att deras professionella etiska riktlinjer delvis artikulerar att de ska värna religiösa intressen och att de skall erbjuda mångkulturell vård, vilket inbegriper religion. En annan gränsdragningsproblematik har att göra med det faktum att en majoritet av Sveriges befolkning inte betraktar sig som praktiserande religiösa, men samtidigt är ca 80% medlemmar i något religiöst samfund. En tredje gränsproblematik handlar om att individers andliga behov skiftar från kontext till kontext och från tid till tid. Det som är ickebehov i ena stunden, kan vara ett behov i nästa stund och en sjukdomssituation kan många gånger komma att artikulera ett religiöst behov. **En fjärde problematik handlar om att det är svårt att se det som hamnar utanför "det normala". Det vill säga om det normala är det sekulariserade, kan det vara svårt att ens se det religiösa behovet.**

Den tidigare citerade hospiceanställda praktiserande buddhisten med erfarenhet från egen sjukdom berättar i en intervju om sin syn på det sekulariserade Sveriges konsekvenser för vården:

Ja, religionen är i Sverige, som du sa innan, så under mattan. Det gör ju också att det är svårt att prata om det därför att alla anser, med viss rätt, att min religion gäller endast mig och den behöver jag inte prata om och det är helt okej, men samtidigt så skapar det också lite. När det helt plötsligt kommer upp lite religiösa ting där det inte brukar vara det så sticker det lite i ögonen på folk. Det kan vara ganska provocerande har jag märkt, och jag

märkte det lite där inne också [på sjukhuset] för det var folk som såg det, men lite grann valde att inte se det.

Han uppfattar alltså det positivt att religionen är en privatsak, samtidigt som han tydligt ser hur det kan skapa problem i de situationer där behov uppstår. Att religionen ses som en privatsak skapar problem i förlängningen, det kan leda till att religionen eller det religiösa behovet uppfattas som hotfullt, provocerande eller som informanten uttrycker **det, ”det kan sticka i folks ögon”**. Problemet i sjukvårdskontexten, enligt hans egna erfarenheter, är att religionen, eftersom man ej talar om det och att det ses som en privatsak, också kan bli något som sjukvårdspersonal undviker. Undvikandet har naturligtvis nära kopplingar till den tematik om ickepraktiker, som diskuterats ovan. En person vid sjukhuskyrkan berättar om liknande erfarenheter:

Jag tror att vi lever i ett sekulariserat samhälle, vilket naturligtvis påverkar svensk vårdpersonal. Så om man inte har ett eget andligt intresse på något sätt så är man väldigt, väldigt försiktig. Och man är så rädd att vi [sjukhuskyrkan] ska komma och påverka patienterna, att man inte ens vill fråga om dom skulle vilja ha besök av en sjukhuspräst. Det finns någon slags rädsla för att det. Det är ett brännbart ämne och sen finns det också en viss rädsla för att börja prata med en sjukhuspräst eller pastor eller diakon för då så tänker man: Oj! Då tror patienten att nu är slutet nära. Vi förknippas väldigt mycket med det och jag stöter ju också på patienter som ger uttryck för det: Jaha är det sista anhalten!? Det kan ju också vara känsligt på vissa avdelningar, så där går jag inte automatiskt runt och hälsar på.

Berättelsen bekräftar sekulariseringen som förklaring till såväl osäkerheten, som för ickepraktiken.<sup>25</sup> Uppdelningen mellan ickeandlighet som det offentliga och det andliga som det privata skapar osäkerhet hos sjukhuspersonalen om vilka behoven är. Var går gränsen för den personliga integriteten? Samtidigt leder uppdelningen även till osäkerhet inför det andligas betydelse.

I det sekulariserade samhället finns religionen främst närvarande vid livets övergångsfaser i form av dop, bröllop eller begravningar. I en sjukdomskontext är det många gånger den senare övergångsfasen som finns närvarande, det vill säga den från liv till död. Detta får som följd att religion nära förknippas med död. Flera av de vi intervjuat lyfter fram detta. Det menar att om sjukvårdspersonalen tar upp religion med vårdtagaren finns det en risk att patienten tror att den är döende. Citatet tidigare i kapitlet, där en kvinna berättar om sina upplevelser om att religion inte är något man talar om i vården är ett sådant exempel. Ett annan liknande situation tar denna person från sjukhuskyrkan upp:

Min personliga erfarenhet är att i många möten är man som representant från sjukhuskyrkan även en representant för döden på ett sjukhus. Det är väl kanske så det är i den vanliga svenska sekulära kyrkliga kontexten på något sätt. Man har relation till kyrkan vid dom här övergångsriterna eller här [på sjukhuset] att det är begravning.

---

<sup>25</sup> Något som också framkommer i en studie om vilka noteringar som finns i journaler om kulturell bakgrund inom palliativ vård. Av undersökta 121 journaler så tas religion upp i 14 av dessa (Gebru 2003).



Här ser vi alltså hur religion som en följd av sekularisering har kommit att främst kopplas till döden. Som en följd av detta undviker man att ta upp frågan om vårdtagarens andliga religiösa behov när religion för vårdtagaren inte alls behöver vara något som främst har med döden att göra, utan kan vara en tröst, hjälp och förklaring till sjukdomen, vilket vi kunde se i kapitel 4. Även behovet av att fira nattvard och hur detta kan uppstå som en följd av ett positivt besked togs upp i ett citat i kapitel 4 som avslutades med att den intervjuade personen från sjukhuskyrkan konstaterar:

Att: Ja, jag var jättedålig, men jag fick behandlingar och nu så mår jag bättre. Ja, men då jag ska ringa sjukhusprästen. Reflektionen kommer sen och då blir det snarare den framåtriktade tolkningen: Tack Gud för att jag lever!

Ett annat exempel på vilka följder sekulariseringen har för möjligheten att tillgodose religiösa och andliga behov hör samman med vad som uppfattas som norm och vad som uppfattas som avvikande. I detta ligger också en paradox, nämligen att det mest avvikande kan bli det som skrämmer minst. I det sekulariserade Sverige blir det följaktligen kristendomen som uppfattas som ett avvikande andligt behov och islam som förknippas som ett mer naturligt andligt dito. En person vid sjukhuskyrkan berättar:

Om man inte har något eget andligt intresse, så bara tycker man att ja, vadå sjukhuskyrka det behöver vi ju inte mer än då kanske när någon frågar efter det. Jag har faktiskt stött på att, attityden att är man muslim så respekterar man det utan vidare. Då är det viktigt att se till vad människan har för intresse och för andliga behov, men är man inte muslim så blir det inte riktigt på samma sätt. Då blir man rädd i stället. Att det är nästan är lite genant när en kristen uttrycker sin tro. Det har jag faktiskt stött på, men det gäller egentligen hela samhället. Jag kan inte säga att jag egentligen har mött den attityden öppet på sjukhuset, men jag tycker att jag möter den i stan överlag. Jag tror att vi är så. Vi träder gärna tillbaka på något sätt med vårt eget och vill vara till lags på något sätt. Jag tror att det ibland faktiskt finns en religionsfobi hos oss svenskar. Det tror jag verkligen det finns.

Denna frågeställning rymmer en fascinerande paradox. Det verkar vara så att sjukvårdsprofessionella har svårt att verkligen se det ibland dolda andliga och religiösa behovet och detta som ett resultat av sekulariseringen i samhället. Samtidigt så torde det ju kunna bli tydligare, det vill säga att olika former av religiösa uttryck uppfattas mer synliga eftersom de så att säga bryter mot det gemensamma, allmänna, som ju ska vara icke-religiöst. Denna paradox kan även leda till en annan intressant situation. Sekulariseringen är nämligen kopplad till ovan nämnda gruppförvirring. Det är ju våra föreställningar och fördomar som skapar kategorier, vilka uppfattas som verkliga och utvecklas till reella grupper. Detta hjälper oss också att se vilka som har religiösa och andliga behov och som inte har det. I intervjuatet ovan talar sjukhusprästen om hur denna upplever att det ofta verkar vara så att människor med muslimsk bakgrund blir bemötta som individer med ett andligt och religiöst behov, medan kristna inte får samma bemötande, eftersom de tillhör det som uppfattas som den sekulariserade icke-religiösa majoriteten. Detta framkom även tydligt i en studie om hur kulturella och andliga frågor antecknas i journaler. De enda gångerna detta noteras är enligt studien ”om patienten avviker från normen, det vill säga om de inte har en kristen tro” (Strandh 2005). Vad som

sker är alltså att våra föreställningar om olika grupper utvecklas till trubbiga instrument för att se det religiösa och andliga behovet, vilket kan innebära en syn att araben är religiös men svensken är det inte.

En person vid sjukhuskyrkan, med bakgrund som sjukvårdsprofessionell berättar om hur religionens plats under hennes sjukvårdsprofessionella utbildning till var undanskymd, för att inte säga obefintlig. Under utbildningen poängterades det tydligt att religion och teologi inte var något som den sjukvårdsprofessionelle förväntades tala om med patienter. Det var till och med så, berättar informanten, att denne inför sin första anställning i sjukvården, fick underteckna avtal om att hon inte skulle prata religion, eller om Gud. Informanten berättar vidare:

Men jag tror att det finns relativt många sjukvårdsprofessionella som har fått med sig detta att det här hör inte hemma i mitt yrke. Det här får jag inte prata om. Så dels har man med sig det, dels är det obehagligt och man är rädd. Det är ändå lättast att slippa gå in i dom där frågorna och man har så mycket ändå, så att man inte har riktigt tid heller.

Sekulariseringen för ut religionsfrågan till marginalen, den blir laddad med osäkerhet, eller till och med till en så kallade ickepraktik. Vad den goda praktiken är skiftar naturligtvis beroende på vilka aspekter som ska värderas, men vad som är intressant att notera är att det verkar finnas en form av ickesamband mellan de yrkesetiska koderna, ansatserna om mångkulturell vård och omsorg och sekulariseringens döljande av religiositet. Det behöver ju inte heller vara personalen som skall uppmärksamma och stå för detta utan det kan, eller kanske ska, ligga på de olika religiösa samfunden att tillgodose de religiösa och andliga behoven hos vård- och omsorgstagare. Dock får man ha i åtanke att personalen genom sin ickepraktik kan verka hindrande för representanter att komma i kontakt med vårdtagare något som denna person vid sjukhuskyrkan lite frustrerat belyser:

Jag menar att det är väl så att patienten själv bestämmer ju om hon eller han vill prata med mig eller inte. Det är ju inte vårdgivaren. Dom har ju ingenting att säga till om i den frågan. Jag menar att för ibland så finns det en missriktad... Där säger dom att: Ja, du hon ska inte gå in på avdelningarna om någon inte har frågat efter dig. Man måste vara kallad på något sätt. Jag tror det är något sådant system. Det är för att man representerar kyrkan och då finns ju sådana begränsningar. Men det kan man ju faktiskt högaktningsfullt säga: Du, det skiter jag i. För att vårt mandat är inte sådant. Vårt mandat ligger i att patienterna vill att vi ska komma och patienterna har rätt att få sina besök.

Eller som en annan av representanterna för ett religiöst samfund säger:

Jag vill inte skapa oreda eftersom avdelningarna är min arbetsplats. Så jag vill att det ska fortsätta att vara en god kontakt mellan mig och avdelningspersonalen. Det kommer fram olika typer av kritik för en del är ju väldigt rädda. Det kanske är något svenskt så där att... Jag vet att någon präst som kommit in och påmint någon patient om döden och hon hade blivit så orolig hävdade personalen i efterhand. Patienten undrade om hon nu skulle dö och varför det var så här. Och personligen så tycker jag väl att det hade väl varit ganska rimligt att svara den personen med att: Jo, men du ska dö. Kanske inte just nu, men förr eller senare så ska du faktiskt dö. Men en del vårdpersonal är på något vis så... Det lite magi i det där och så vill man inte bli påmind om det...

Att undvika det religiösa kan också leda till representanter från religiösa samfund kallas in för sent, det vill säga först efter att döden inträffat och att de religiösa ritualer som finns inför döden eftersom de inte hinner utföras, vilket flera av representanterna från olika samfund framförde som problematiskt.

## Religion som störande och hindrande

Även om vi ovan visat hur religionsfrågor innefattas av allmänna andliga och existentiella frågor i termer av något som inte görs i sjukvårdsprofessionella praktiker så är det inte alltid fallet. Naturligtvis finns det otaliga situationer där dessa frågor, helt i enlighet med patienters önskemål, handskas på ett tillfredställande sätt av sjukvårdspersonal. Men det finns också situationer när personalen mycket väl är medveten om vårdtagarens religiösa andliga behov, men där det kan finnas svårigheter att kunna tillgodose detta. Det kan uppkomma situationer som av olika skäl inte kan lösas. Det kan också vara så att önskemål om religion eller andlighet inom vård och omsorg inte är rimliga, att det finns andra aspekter inom vården som bör komma i första hand. Mot bakgrund av detta är det möjligt att tala om religionen som störande och hindrande, vilket handlar om att kunna sätta gränser. Det verkligt intressanta i denna diskussion är egentligen inte de störande och hindrande fallen i sig, utan huruvida det existerar förutbestämda gränser för religioners existens inom vården eller om dessa gränser alltid måste förhandlas i relation till såväl sammanhang som krav.

I nedanstående diskussion kommer vi att redogöra för några olika religionsrelaterade situationer som framkommit som problematiska i intervjuerna. En av de mest frekventa problematiker som framkom handlar om *genus*. I några av dessa handlar det om hur individer utifrån sin religiösa tro ställer krav på hur vården ska organiseras och utföras utifrån könstillhörighet. De krav som ställs på sjukvårdspersonal kan handla om att en individ motsäger sig manlig respektive kvinnlig personal i omvårdnadssituationer, det kan handla om att en patient i vårdsituationer med hänvisning till religiös övertygelse inte vill skaka hand eller liknande. En man berättar exempelvis att:

När det är en manlig muslim, då går jag in för det brukar vara en ganska... Där brukar jag få lite bättre kontakt än dom andra [kvinnorna] därför att dom har lite grann det här manliga mannen i familjen. Och jag har märkt att när jag kommer in så skakar man hand med alla dom manliga anhöriga som står i fina kostymer och när det kommer till kvinnorna åker blicken ner i golvet från deras sida. Man vet inte riktigt hur man ska hantera det. Ja det blir mycket så det kan väl vara en liten isbrytare att jag som man kommer in till en manlig patient absolut det kan det vara. Jag kan ibland få kämpa för mina kvinnliga kollegors rätt att vara där inne och det kan man ibland ta på ett skämtsamt sätt och ibland så blir det, det beror ju på hur mycket allvar man tar sin religion så att säga.

En annan av de intervjuade berättar om en situation som hon upplevt besvärlig:

Sjuksköterskan öppnade dörren och jag var utan slöja och utan kläder. Och hon frågade inte mig och läkaren som kom med henne sa att han skulle göra en undersökning. Men

jag ville inte det och då blev de jättesura för att jag bråkade. Sjuksköterskan var inte snäll mot mig den natten. Hon skrämde mig.

Oavsett möjligheten till att tillmötesgå krav som dessa står det helt klart att dessa krav är högst reella, dels att de upplevs svårhanterbara av såväl patienter som sjukvårdspersonal. I sammanhanget är det av vikt att poängtera att det naturligtvis är svårt att direkt säga var den absoluta gränsen för acceptabla genuskrav går, detta är snarare en fråga som måste beröras i varje enskild situation. Det som också behöver tas i beaktande är om de krav som ställs är att betrakta som religiösa eller om det handlar om kön, det vill säga att man som kvinna oavsett religiös tillhörighet kan uppleva det som besvärande att bli undersökt av manlig personal och vice versa, och att den förklaring personer ger till att detta upplevs som integritetskränkande för vissa kopplas till den religion de tillhör medan andra gör inte denna koppling. Det senare kan få till följd att man inte för fram önskemål om att personalen ska ha samma kön som man själv har även om man så önskar, eftersom man inte har något som legitimerar denna önskan.

Ett annat exempel på det hindrande och störande är fenomen som uppfattas som mer eller mindre direkt annorlunda, det vill säga händelser och skeenden som man – av olika skäl – inte förstår, begriper eller har kunskap om (nedanstående diskussion är kopplad till den tidigare i kapitlet om stereotyper och fördomar). Olika religiösa grupperingar omges av olika rykten och föreställningar. En sådan grupp är Jehovas vittnen och en medlem berättar att:

Ja, för att det här är ju en stor fördom. Det kan ju bli så för människor att dom hör att man är Jehovas vittne: Ja, vi vill inte prata med dig. Just för att dom har den här frågeställningen är det väldigt viktigt att den här informationen om deras motvilja att ta emot blodtransfusion och de alternativ, så kallad blodfri kirurgi, som de förespråkar når ut. Och i och med att man då har forskat mycket i om blodfri kirurgi och för vad det än är i en säkerhet... i en sjuksituation så har det nog hållits upp så att respekten är större för oss idag i den situationen, ja bland läkarna.

Det kan naturligtvis vara svårt för sjukvårdspersonal att möta medlemmar i ett religiöst samfund som är omgärdad av mer eller mindre korrekta föreställningar. Men paradoxalt nog berättar dessa personer om hur de i grund och botten är mycket nöjda med det bemötande de får i vården. Blodfrågan utgör ett intressant exempel på krav som kan uppfattas som annorlunda. För vuxna personer som vägrar ta emot blod i samband med sjukdom gäller att de har rätt att vägra detta. Jehovas vittnen berättar om hur de ständigt bär med denna information i plånböcker eller liknande så att sjukvårdspersonalen kan upptäcka detta vid behov. De berättar även om hur de på olika sätt och med olika medel utbildar och informerar läkare om blodfri kirurgi (exempelvis att operera med laser). Det är också så att vuxna medlemmar i Jehovas vittnen har möjligheten att själv bestämma graden av blodvägran, de kan välja att helt vägra blod (innefattandes blodkroppsbaserade mediciner) till att enbart vägra det reella blodet, men att tillåta viss medicin.

Ett annat exempel på en situation som av sjukvårdspersonal kan uppfattas som annorlunda kommer från en person vid sjukhuskyrkan:

Jag vet att det var några gråterskor en gång och att det blev jobbigt för andra patienter... men man har ju väldigt stor respekt för varje enskild patients önskemål så man försöker ju hela tiden att tillgodose det och jag vet när det är muslimer även när det är judar att man, det är ofta ett väldigt snabbt omhändertagande av kroppen efteråt så att personalen på hospice är väldigt med på det och så liksom och ser till att hjälpa till med det praktiska. Det funkar jättebra vad jag har förstått.

Att det i en delad sjukhussal kommer in ett antal gråterskor kan naturligtvis uppfattas som såväl annorlunda som störande och det är viktigt att poängtera att det inte går att peka ut en fastslagen gräns för det acceptabla beteendet. Det kan i sådana fall vara svårt att avgöra om patienten önskade detta (om man t.ex. som en följd av den ovan diskuterade icke-praktiken inte frågat om detta innan dödsfallet) eller de anhöriga önskar (t.ex. vem av de anhöriga är det som avgör?) och om detta är att koppla till religion. Det är alltså mycket svårt att fastställa gränserna avseende t.ex. riter och traditioner kopplade begravningsförberedelser, vilket även visade sig i den diskussion vi förde tidigare i kapitlet där vissa medlemmar i en familj där fadern hastigt avlidit först insisterade på snabb begravning och motsatte sig obduktion på religiösa grunder, men som sedan av olika skäl ändrade sig.

## Pragmatiska lösningar

I intervjuerna framkommer alltså olika exempel på hur religion och andlighet kan uppfattas som avvikande och i vissa fall också upplevs som störande. Utmärkande för intervjuerna är dock att det som till en början uppfattas som problematiskt ofta går att lösa på ett pragmatiskt sätt. Ett sådant exempel hör samman med var en religiös praktik skall utföras. I en sjukhusmiljö finns det som nämndes i kapitel 4 inte alltid tillgång till en plats som är utformad för religiösa ändamål. Istället får dessa utföras på andra platser t.ex. där den sjuke befinner sig. Flera personer tar upp detta och menar att det inte behöver vara så komplicerat utan man kan som några tar upp dra för draperiet, man får tala tyst, ja till och med viska, om det gäller självvårdande samtal. En annan lösning är att man får låna samtalsrummet om det finns ett sådant eller sätta sig i matsalen om den inte används då eller till och med i förrådsrum. Vad man också kan göra nämner denna person vid sjukhuskyrkan:

Det är samtal där och sen så är det är väldigt många som vill att jag ska be för dom. En hel del föredrar att jag gör det på mitt arbetsrum och inte just där just då. De vill att jag ska be för personen där därför att det känns nog så intimt och lite genant kanske ska sitta där [på sjukhussalen eller liknande] och be. Be gärna för mig sen. Det där lilla sen...

Det viktiga är alltså inte var det sker, men att det sker och att man får anpassa sig efter situationen. Man behöver också vara lyhörd för andra som också finns på plats så att dessa inte upplever det som störande. I kapitel 4 tog vi upp en berättelse från en person vid sjukhuskyrkan om hur denne gör för att kunna fira nattvard även om personen det gäller ligger i en delad sal. Informanten säger även följande när det gäller detta:

Informant: På de flesta avdelningar här så finns det ju enkelrum, men det finns också två- och tre- och till och med fyrbäddsrum och där är det ju inte jätteroligt alltid då att sitta samtala med folk och i synnerlighet inte fira nattvarden.

Intervjuare: Men du har ju gjort det?

Informant: Inte på en fyrbäddssal, men jag har gjort det på tvåbäddssal när den andre har var ute. Men jag har nog oftast lyckats boka i samtalsrummet i förväg.

Intervjuare: Vad skulle det vara för problem med att göra det med andra patienter där?

Informant: Människor är ofta väldigt sjuka där och behöver ha stillhet omkring sig också. Jag vill inte att man ska tvingas ligga och lyssna på det här i sängen intill om man inte har valt det själv. Inför syndabekännelsen till exempel att nu vill jag lägga det här liksom i Guds händer så ska den patienten veta att det är inga ytterliga öron hör det. Jag tycker det är komplicerat att fira nattvard på ett flerbäddsrum

Intervjuare: Men hypotetiskt: Vad hade du gjort om inte samtalsrummet hade varit ledigt?

Informant: Ja då hade vi fått ta det i rummet där det var...

Intervjuare: Du hade inte hoppat över det?

Informant: Nej! Nej, absolut, inte utan då hade ju i så fall patienten fått välja.

Och så avslutar informanten med, vilket togs upp i kapitel 4, att det hela får lösas pragmatiskt t.ex. genom att berätta för de andra i salen vad som sker och sedan dra för förhänget och tala lågmält. En ortodox präst tar upp att han egentligen inte upplever svårigheter med att genomföra den sjukes smörjelse på sjukhus. Ofta har personen eget rum eller det finns draperi att dra för. Man får göra det diskret och kort på rummet, säger han, sedan ber man böner i kyrkan och så avslutar han med "man lär sig efter hand". En av annan av de ortodoxa prästerna nämner att finns det inte möjlighet till bikt i enskildhet så får man genomföra nattvarden ändå. Även gudstjänstfirande kan genomföras på rummen som denne präst tar upp: "Man kan bara ta med sig en väska med det allra nödvändigaste heliga föremålen och sen kan man förrätta gudstjänsten".

När det gäller bön kan denna göras vid andra tillfällen, det kan göras i sängen eller på en ren handduk om ingen bönematta finns att tillgå och tvagning inför bön kan lösas med hjälp stenar som symboliskt får markera tvagning. Dop kan i mycket akuta fall ske av en lekman i luft istället för vigt vatten och några av de religiösa representanterna framför att man kan, och bör, hoppa över fasta när man är sjuk. Maten måste inte vara halal eller kosher om liv står på spel. Så här resonerar en judisk representant om att som troende praktiserande befinna sig inom äldreomsorgen:

Informant: Formellt är det så att man inte kan begära koshermat. Men dom erbjuder alternativ, att man slipper fläsk och man kan få vegetariskt eller fisk. Man vill inte gå med på att göra det möjligt hela vägen och jag förstår att det är samma sak med halal. Det är väldigt individuellt givetvis men man måste finna sig i detta. Har man valt att bo kvar här [i Sverige] och vill man obehindrat utöva sin religion så är inte Sverige det bästa stället att utgå ifrån. Jag säger det inte som en kritik. Det är inte på grund av illvilja, motvilja utan det är praktiskt svårt.

Intervjuare: Så dom är medvetna om det innan dom flyttar in på hemmet?

Informant: Ja och sen måste man naturligtvis förlita sig på att dom anhöriga också hjälper till och tar hand om den biten. Vi har en del som till exempel att antingen genom hemtjänsten eller genom att barnen kommer hit [till den judiska församlingen] och beställer koshermat så att dom får det färdigpaketerat.

Lite senare förklarar han, vilket också togs upp i kapitel 4:

Hälsan och livet är viktigare än alla bud. Vi har till exempel påbud att fasta på försoningsdagen men barn, gamla och gravida dom får inte fasta eftersom det kan äventyra hälsan. Har man inte möjlighet till koshermat så får man äta det som finns i stället för att svälta ihjäl...

En av annan av de representanterna från ett religiöst samfund tar upp hur det för den person som är religiös kan vara mycket situationsbundet och...

...väldigt pragmatisk. Man byter religion beroende på tillfälle, så när man ska dö ja, då är man buddhist. Då kallar man på en buddhistisk munk. Men vid andra tillfällen så är man kanske taoist eller konfucianist eller ibland till och med katolik. Dom kan byta liksom beroende på livssituation så där. Så det är inte helt givet.

En person som är ansvarig för ett kristet äldreboende ser det som vilken fråga som helst där det kan råda meningsskiljaktigheter:

Det finns dom som absolut inte vill gå på en gudstjänst, men det är liksom inget problem. Det har nog att göra med att dom inte är kyrkliga. Dom är inte kristna på det sättet så om man inte vill vara med på gudstjänst det är det inte... Sen kan det ju uppstå meningsskiljaktigheter i huset när man är elva eller tolv boende och så ska man välja vilken musik som ska spelas eller vilket TV-program man ska se på. Då kan det finnas dom som vill se TV-gudstjänsten och det kan vara dom som vill spela någon gammal kyrklig [musik]. Det problemet kan ju uppstå, men det kan ju också handla mer om smak kanske än om kristen tro egentligen. Vi har ju en konflikt mellan klassisk musik och dansbandsmusik till exempel...

Vad personalen gör i dessa situationer är varierande, men som en representant från ett religiöst samfund tar upp är det oftast något som också löser sig och som anpassas efter situationen. Han säger: "Vi möter rätt så bra respons från personalen och dom är lyhörda för dom här önskemålen". En annan företrädare för ett samfund berättar att:

Personalen hjälper till. Alltså personalen är mycket hjälpsam. I början är dom kanske dom avvaktande, men dom hjälper till. I början är det ibland: Vad gör du här?, men till sist förstår man att vi jobbar åt samma håll. Att vi inte konkurrerar med varandra. Vi kompletterar varandra. Jag gör något andligt. Du gör något fysiskt eller kroppsligt och till sist det blir hamnar nyttan hos den sjuka personen.

För att kunna hantera situationer där religion och andlighet uppfattas som störande eller hindrande och kunna göra gränsdragningar finns ett flertal frågor att ställa sig. Detta blir många gånger situationer där ett reflexivt förhållningssätt ställs på sin spets. I dessa situationer behöver man ställa sig frågorna: *Vem* ställer krav och *var*, det vill säga i vilken

situation, sker detta? Man behöver också fråga sig *varför* det störande och hindrande kravet ställs. Även frågan om *vad* kravet innebär har betydelse och *hur* detta kan tillgodose måste tas i beaktande. När vi talar om att se till *vem* som ställer krav avser vi t.ex. att den sjukvårdsprofessionella måste se på den kravställande patienten bortom sina egna föreställningar och tillskrivningar av hur en viss grupp är, det vill säga den sjukvårdsprofessionella måste se *individ* och hur denna uppfattar sig själv. Det är även centralt att den sjukvårdsprofessionella ser till *var* ett visst krav ställs t.ex. genom att fråga sig: Är patienten ensam eller inte? Har patienten ett eget rum eller ett delat? Kan andra än patienten drabbas av kravet? Vad vi avser är att sjukvårdsprofessionella aldrig kan gå in i ett möte med patienter och bemöta dem som om de vore medlem i en viss grupp för det är, som vi visat i denna bok, omöjligt att veta om en grupp är en grupp. När vi talar om *varför* ett visst krav ställs menar vi att det är viktigt att sortera mellan olika former av individ- och grupprelaterade problem. Ställs ett störande/hindrande krav på grund av den kulturella, religiösa eller etniska tillhörigheten? Eller är det egentligen genus som det handlar om eller kan det vara så att det är en individs ålder som kan förklara ett visst agerande? Eller kan det vara på så vis att det är sjukdomen/diagnosen som kan orsaka ett visst agerande? Det är med andra ord viktigt för den sjukvårdsprofessionelle att bemöta patienten och se till hela sammanhanget. En individs krav på sjukvården kan förmodligen förklaras med samtliga ovan nämnda aspekter. När vi talar om vikten av att se till *vad* ett krav innebär så är det viktigt att istället för att på förhand avfärda krav som orättfärdiga, hindrande eller störande utvärdera kravets innebörd från grunden. Vad vi vill säga är med andra ord att det är möjligt att tala om gränser, kopplade till kultur eller religion, men att dessa *aldrig* kan skrivas i förhand. Istället är det viktigt att sätta dem i relation till vem, var, varför kraven ställs och vad de egentligen innebär? Istället för att tala om fasta gränser är det snarare centralt att tala om vikten av skapa pragmatiska lösningar, det vill säga frågan om *hur*, utifrån individens behov samtidigt som att det är viktigt att poängtera att det är ok, och till och med viktigt och önskvärt att kunna sätta gränser när krav ställs om de inte är grundade i individens önskan, om de på olika sätt kan drabba andra än den kravställande individen.



## KAPITEL 7:

# Reflexiv kulturell vård och omsorg

Det huvudsakliga syftet med denna bok är att ge ett alternativ till de rådande trenderna inom fältet mångkulturell vård och omsorg, något vi valt att kalla för reflexiv kulturell vård och omsorg. Alternativet baserar sig i den kulturella verklighet som hela tiden omger oss och som kännetecknas av komplexitet och mångtydighet snarare än entydighet, och bottnar i den grundläggande utgångspunkten att den så kallade mångkulturella vården och omsorgen hela tiden behöver prövas, omprövas, reflekteras och (om)förhandlas. Om så ej sker finns en risk att den komplexitet och alla de olika former av gränssättningar som präglar vardagen inom vård och omsorg – oavsett om det gäller religion, etnicitet, kultur eller genus etc. – förblir oreflekterade och att olika vårdtagares olika behov blir missuppfattade eller kanske inte ens sedda. I bokens inledning definierade vi reflektion som ett målinriktat resonerande och tillbakablickande där syftet hela tiden är att söka förståelse av vad som sker – vilket kan göras genom att ställa sig frågor som *vad, var, när, vem, hur* och *varför* - men också att skapa en distansering från existerande förgivet tagna föreställningar och tankemönster. Således betraktar vi reflektion som den vårdprofessionelles verktyg för att skapa kulturell förståelse baserad på närhet snarare än distans.

För att på ett precist sätt tydliggöra kulturens betydelse för vård och omsorg och för att möjliggöra en kritisk diskussion av de former av mångkulturell vård och omsorg som diskuterades i bokens inledning, samt kunna diskutera alternativet – reflexiv kulturell vård och omsorg – har vi i denna bok valt ut en specifik, och ofta tydligt markerad aspekt av kultur, nämligen religion. Att religion är ett bra och tydligt exempel har att göra med att religion är nära kopplat till föreskrivna riter, symboler och regler för hur livet skall

levas. Det hör också samman med att andliga, existentiella och religiösa frågor har en tendens att bli extra tydliga i förhållanden när människor ställs inför livsavgörande situationer där livets mening, början och slut, ställs på sin spets, vilket är vad som sker inom vård och omsorg. Att Sverige dessutom är ett land som präglas av hög grad av sekularisering gör religion än mer angeläget. Man skulle kunna tro att behovet av andliga, existentiella och religiösa aspekter inom vård och omsorg skulle minska på grund av den höga graden av sekularisering i Sverige, men de intervjuer vi har gjort visar att så inte verkar vara fallet. Det finns de facto ett behov av religion och andlighet inom vård och omsorg finns samtidigt som sekulariseringen i sig gör det svårare för vård- och omsorgspersonal att upptäcka, förhålla sig till och arbeta med detta.

I boken har vi också valt att betona några förhållningsätt vilka kan göra det lättare att se komplexiteten i kulturell vård och omsorg och som kan underlätta reflexiviteten i förhållande till detta. Dessa är att utgå från vårdtagarens önskemål och behov, att reflektera över förhållandet mellan grupp och individ och över hur gränssättningar skapas och görs samt att utgå från erfarenhetsbaserad kunskap. Med detta avser vi en medvetenhet och ett förhållningsätt som inlemmas i den vardagliga professionella praktiken. Detta kräver inga extra resurser eller omstruktureringar av det arbete som redan sker. Vi ska avslutningsvis visa hur detta kan göras genom att lyfta in de erfarenheter av och önskemål om kulturell vård i form av religion som presenterats i boken.

## När vårdtagarens önskemål och behov ställs i centrum

Det har tydligt visat sig när vi närmat oss dessa frågor hur stort behovet av andlighet och religion inom vård och omsorg är. Detta behov framkommer i många olika situationer, platser och sammanhang och berättas av personer med de mest skiftande bakgrunder. Berättelserna handlar ofta om att de religiösa företrädarna står för något speciellt, något som de menar inte kan och inte ska ersättas av den befintliga sjukvårdsapparaten. Det handlar också om det unika i religionen som man menar inte kan ersättas av något annat. Det framkommer hur religion innebär en tröst och ett stöd in den situation man hamnat i och att det för en del även kan innebära en förklaring. Dessutom innebär de religiösa företrädarnas religiösa tro, deras oberoende av sjukvården och absoluta tystnadsplikt ett ställföreträdande hopp och att man helt förutsättningslöst kan tala om precis allt med dessa, vilket man inte upplever sig kunna göra med någon annan.

Frågan om det andliga, existentiella och religiösa behovet är dock komplicerat eftersom vård- och omsorgstagare inte alltid själva är medvetna om, eller har en artikulera religiös övertygelse. Behovet tenderar att accentueras i själva sjukdomskontexten. Den första frågan att ställa är den *om* religion, det vill säga vikten av att personal i vård och omsorg frågar om detta. Här avses med andra ord ännu en fråga, alltså *om-frågan*. Den i inledningen skisserade *vad-frågan*, det vill säga vad som sker och vilka tankar som tänks etc., är således inte självklar. I själva verket kan *vad-frågan* inte besvaras ensamt, utan verkligt intressant blir den när den ställs i relation med *var-frågan*, det vill säga *var* något sker och här menar vi var i bredare termer än en specifik plats. *Var* kan även vara en

situation eller ett sammanhang såsom sjukdomssammanhanget. Sätts vad och var i relation till varandra ges ett reflexivt alternativ, sjukdomskontexten kan alltså skapa nya behov, ateisten eller tvivlaren kan uppleva ett behov av religiös eller andlig vägledning eller muslimen kan vilja prata med en präst snarare än en imam. I såväl kapitel 4 som kapitel 5 har frågan om det allmänreligiösa kontra religionsspecifika berörts. Det vill säga individen kan själv upprätthålla ett allmänt andligt och existentiellt behov likaväl som hon kan tillhöra ett specifikt religiöst samfund med den tro och de riter, symboler och levnadsregler som är kopplade till just detta specifika samfund. Med detta vill vi också ha sagt att såväl vad- som var-frågan även är kopplade till hur- och varför-frågan. Varför ett behov uppstår är alltså inte helt självklart och behöver således problematiseras i relation till olika individers unika behov.

Det är också viktigt att utgå från individens behov eftersom sjukvårdens primära uppgift är att erbjuda medicinsk vård och omsorg. Dock ligger det inbäddat i de existerande idéerna om mångkulturell vård och omsorg att dessa – de kulturella och religiösa – faktorerna, har betydelse för att hälsa ska kunna uppnås. Eftersom de religiösa aspekterna av vård och omsorg idag i hög grad är frikopplade från hälso- och sjukvårdens organisationer, vilket kapitel 5 visade, innebär det i praktiken att det finns många andra aktörer som tillgodoser dessa behov. Något som ibland sker det helt i samverkan med sjukvården och ibland mer eller mindre frikopplat.

Ett annat spørsmål när det gäller vård- och omsorgstagarens behov av religiös och andlig omvårdnad hör samman med den långt gångna sekulariseringen i Sverige och hur detta kan utgöra ett hinder för sjukvårdspersonal att se de andliga, existentiella och religiösa behov som existerar. Detta kan exempelvis, som framkom i kapitel 6, innebära att sjukvårdspersonal för att värna om patientens integritet undviker att ta upp dessa frågor och därför kan vård- och omsorgstagarens behov av detta komma att åsidosättas.

## När grupp och individ problematiseras

Som vi har visat i boken är det omöjligt att entydigt definiera vad en grupp är (och det är naturligtvis lika svårt att entydigt svara på vad en individ är). Det är lika svårt att ge ett entydigt svar på vad ett religiöst samfund är, eller snarare hur den uppfattas och tolkas av individer, som att ge ett avgränsat svar på vad ett kulturellt och/eller religiöst behov består av. Vad vi vill säga är att grupper sällan är grupper. Vad en grupp är, är alltid kopplat till vem som definierar gruppen, var gruppen sägs existera, vilket syfte den har etc. Dessutom kan gruppens existens, mål, syfte och medlemmar skifta och förändras över tid.

Religionen kan finnas i form av ett allmänt andligt och existentiell förhållningssätt, det vill säga frikopplat från specifika religioner eller samfund. Ett exempel på detta togs upp i kapitel 4 där en av de intervjuade berättar om hur man på sjukhuset öppnar fönster för att släppa ut själen när någon avlidit. Dessa handlingar utförs frikopplat från specifika religiösa samfund. Ett annat exempel på detta handlar om hur människor i en sjukdomskontext har behov av samtal om existentiella frågor, vilka man vill genomföra med företrädare från någon religion. Dessa företrädarens specifika religiösa tillhörighet har inte alltid betydelse utan det räcker med att de upprätthåller någon form av religiös tro. Sjukdomskontexten kan alltså skapa ett allmänt andligt behov hos såväl den icketroende

som hos den artikulerat troende. Frågorna om vad, vem och varför avseende det allmänreligiösa kan med andra ord skifta och kan inte tas för givna. Det finns dessutom situationer där det tydligt artikulerade religionsspecifika har betydelse. Vi har i boken visat hur vissa människor med artikulerad tro har tydliga uppfattningar om vem de vill tala med och inte. Det kan handla om att man vill samtala med eller utföra religiösa riter med en munk eller präst från ett visst samfund, men likaledes om att man inte vill det.

Frågan om gruppers varande är dock än mer komplex. Vi har i boken gett exempel på hur medlemmar i samma familj kan uppfatta samma grupp på helt olika sätt. Vi åsyftar det exempel som tagits upp i kapitel 5 och 6 och handlar om en muslimsk familj som drabbas av ett dödsfall. Exemplet visar tydligt hur olika människor kan tolka villkoren för gruppmedlemskap på olika vis och ge det olika innebörd och mening. Ytterligare ett exempel på gruppstillhörighetens mångtydighet är frågan om hur nödsituationer kan upplösa och i praktiken förändra den religiösa hemvisten. Detta exemplifierades i kapitel 4 angående frågan om dopets varande. Förändras situationen till att bli akut, breddas gruppstillhörigheten från att vara en tillhörighet till ett specifikt kristet samfund, exempelvis att en serbisk ortodox präst ska utföra dopet, till en allmän religiös tillhörighet, det vill säga att vem som helst som har en gudstro oavsett religionstillhörighet kan utföra dopet. Ett annat exempel framkom i kapitel 6 där en buddhistisk representant menade att den religiösa tillhörigheten kan vara pragmatisk och förändras efter situationen.

Förståelsen av gruppproblematiken blir än mer komplex om ytterligare former av gruppstillhörighet, det vill säga om de faktorer som diskuterades i kapitel 3, etnicitet, genus, ålder och sjukdom, tas i beaktande. Ett exempel på detta är hur en buddhistisk man berättar om den etniska tillhörighetens betydelse för den religiösa organiseringen. Mannen poängterar skillnader i traditioner mellan hur svenskfödda och kinesiska buddhister förhåller sig till att organisera sig i samfund. Ett annat exempel är den ortodoxe präst som nämns i kapitel 6, vilken kopplar nationell tillhörighet till religion genom att konstatera att om en serb hamnar på sjukhus så ska personalen informera om att det finns en upparbetad kontakt med en serbisk präst som t.ex. kan vara behjälplig vid bikt utan att först fråga om denna religiösa tillhörighet. Frågan om etnicitet är också kopplad till den om språk, eftersom etnicitet ofta manifesteras och symboliseras med språkets hjälp. I kapitel 5 visar vi exempelvis hur den munk man vill ska komma inte enbart ska vara buddhist utan även vara av samma etnicitet och tala samma språk. Språket kan även få konsekvenser som underlättar möjligheten att tillgodose religiösa behov inom vård och omsorg. I kapitel fyra visar vi hur en religiös representant menar att språket (då det inte sker på svenska) kan vara en fördel det möjliggör bikt i en sal som delas av flera patienter eftersom dessa oftast inte kan detta språk.

Även genus hör samman med förståelsen av hur grupper skapas och upprätthålls och har betydelse när det gäller religion kopplat till en vård- och omsorgskontext. Detta eftersom sjukdomskontexten i sig nästan alltid är kopplad till kroppen och i mötet mellan patient och en religiös representant kan detta upplevas som problematiskt. Ett exempel vi tagit upp är hur vissa patienter vill samtala med religiösa företrädare av samma kön för att sjukdomen är kopplad till den egna kroppen. Även om samtalen och mötet med de religiösa företrädarna är kopplat till de religiösa aspekterna går det inte att komma ifrån varför man befinner sig inom sjukvården och om den egna kroppen vill man helst tala

med någon av samma kön. Det finns inom religioner en tydlig genusuppdelning och det kan vara så att man med hänvisning till sin religion inte vill ha kontakt med personer av motsatt kön som man inte står nära. Detta kan som vi visat leda till att man inte vill tala med eller bli behandlad av en person av det motsatta könet.

Det är inte enbart etnicitet och genus som skapar grupprelaterade problem, även ålder har diskuterats i boken. I detta fall avses vad vi kan kalla för hur, eller snarare när, i livet religiös trovärdighet uppnås. I boken har vi visat hur vissa tycks mena att det kan vara svårt att skapa ett djupt förtroende för samtal om livet och dess mening med en religiös representant som är för ung, det vill säga att trovärdigheten sitter i åldern och i livserfarenheten.

Den form av grupptillhörighet som kanske tydligast kan påverka det religiösa behovet för vård- och omsorgstagaren är, menar vi, själva sjukdomskontexten. Ett exempel på detta är vad som sker i den palliativa vården. Denna aktualiserar ofta andliga och existentiella frågor. Det patienterna i denna kontext delar är att de befinner sig i samma sjukdomstillstånd där livets slut, döden, är ständigt närvarande vilket i sin tur tydligt kan aktualisera spontana religiösa och andliga behov. Som följd av detta har såväl den allmänna som specifika religionen ofta en tydlig plats i denna vårdform. Ett annat exempel är missbruksvården. I kapitel 4 lyfter en av de religiösa representanterna fram att patienterna där har en gemensam sjukdomsförståelse och insikt. En del av detta sjukdomstillstånd är de risker som kan förknippas med missbruk och att detta är något som hon upplever att man vill ta upp med henne eftersom det är nära kopplat till den andliga och religiösa vården. Men även frågor om skuld och skam, som kan kopplas till nämnda sjukdomstillstånd, kan delvis besvaras genom andliga och existentiella samtal med religiösa representanter. Ytterligare ett exempel på hur sjukdomstillståndet kan påverka frågan om grupp är den när människor får en kronisk sjukdom. I dessa fall kan sjukdomen bli till en avgörande grupptillhörighet och religionen tydligt artikuleras inte lika tydligt. Sammantaget har vi i boken visat att vårdkontexten är en tydlig arena för kulturella och religiösa avtryck, men vi har också visat hur dessa kan påverkas (eller inte påverkas) av andra grupptillhörigheter.

Frågan om grupp hör inte enbart samman med hur individer själva tänker och agerar kring frågan om tillhörighet utan hör även samman med hur andra ser på och bestämmer människors tillhörighet. För som vi diskuterar i bokens tredje kapitel bestäms grupptillhörighet såväl av individens självuppfattning som av andra aktörers tillskrivningar. I bokens sjätte kapitel har vi berört denna fråga och diskuterat vad som kan ske när utomstående agerar utifrån sina förutfattade meningar om grupper, det vill säga hur sjukvårdspersonal ibland agerar utifrån hur de tror att en grupp är. Vi har i detta fall diskuterat hur grupper reduceras utifrån stereotyper och fördomar om gruppen. Detta är också en av bokens huvudpoängar i och med att bokens resonemang och syfte är att vara ett alternativ till rådande litteratur och idéer inom fältet mångkulturell vård och omsorg eftersom denna ofta saknar denna form av reflektion med resultatet att grupperns betydelse överdrivs och förstärks.

Samtantaget har vi i boken visat hur frågan om grupp är mycket komplex och hur den svårligen kan reduceras till utomgruppsliga observationer av grupper. Det är svårt att avgränsa grupper, varför det är svårt att besvara frågan om *vad* en grupp är. Det är snarare på så vis att gruppen skapas, utvecklas och förändras i relation till de aktuella,

men även historiska förutsättningar som finns. Detta sätter givetvis ramar för gruppens betydelse men även för det faktum att individen inte är helt styrd av gruppen, hon är snarare en mycket aktiv och skapande del i detta. Därför är det viktigt att poängtera att det finns ingen kärna, det finns ingen exakt plan för *hur* grupper kommer utvecklas och agera. Det finns inte heller något helt äkta, som liksom medverkar till att skapa oss på ett visst sätt. I detta sammanhang kan även sägas att de grupprocesser vi diskuterat i såväl kapitel fem som sex har att göra med hur likhet och skillnad skapas. Innan vi lämnar den sammanfattande diskussionen om grupp och individ vill vi än en gång poängtera att dessa frågor är ytterst komplexa och att det alltid är svårt att urskilja det ena från det andra. Vad en grupp egentligen är står att finna i hur individer placerar sig själv i olika grupper, men också hur det sammanhang individer befinner sig i kan påverka deras uppfattning av grupptillhörighet. Det individuella tar sig in i det kollektiva, och det kollektiva in i det individuella och påverkar således samtliga reflexivitetens frågor.

## När gränser ifrågasätts

Delvis som ett resultat av att man svårligen kan tala om fasta grupper i samband med kulturers eller religioners betydelse i och för vård och omsorg är det problematiskt att tala om fasta gränser. I fallet med religion kan vi exempelvis tala om vad vi valt att kalla gränsöverskridande versus gränsmarkerande religion. En diskussion som delvis också är kopplad till frågan om det allmänreligiösa kontra det religionsspecifika. I boken har vi visat på flera exempel som är religionsöverskridande. Det kan vara muslimer som deltar i kristen bön, människor som vill tala med religiösa representanter mer för vem de är, t.ex. vilket kön de har, än för vilken religion de upprätthåller. Ett annat exempel på detta religionsöverskridande är hur de olika samfunden har ett nära samarbete inom vård och omsorg och ”täcker upp” för varandra om det skulle behövas. **Det kan också vara gränser som överskrids mellan religion och ickereligion eftersom det framkommit att även om man själv inte uppfattar sig som religiös vill man i en sjukdomskontext tala med religiösa representanter.** En av de tydliga gränser som finns när det gäller religion och andlighet inom vård och omsorg är gränsen mellan det sekulariserade samhället och vård och omsorgens icke-praktik av religion. Vård- och omsorgsgivaren ställs inför många olika gränsöverskridanden men även gränssättningar som är komplexa och där ett reflexivt förhållningssätt till kulturell, och religiös, vård och omsorg kan vara till stor nytta. I slutet av kapitel 6 visade vi hur detta kan göras med hjälp av att ställa sig frågor som vad, var, när, vem, hur och varför.

Det är dock inte alltid så att gränser lätt överskrids. I boken framkommer några exempel på hur patienten verkligen vill att den religiöse representant man träffar skall komma från det samfund man tillhör och att den religionstillhörighet man har och de levnadsregler som följer med detta skall respekteras. Som en följd av detta kan det ibland uppstå konflikter relaterade till frågan om kultur och religion. Det kan t.ex. handla om konflikter mellan medicinska aspekter och religiösa, mellan vem som skall utföra vården (en man eller kvinna) och hur man kan passa in den religiös omvårdnaden i en vård- och omsorgskontext. Men vi har även visat hur dessa konflikter som ett resultat av

pragmatiskt agerande kan överbryggas och där man genom, som en man uttryckte det, ”bemöter varandra väl” och sätter vårdtagarens liv och hälsa i fokus kan lösa det hela.

## När erfarenheter värderas

Slutsatserna i denna bok är grundade i hur olika människor upplever den sociala verkligheten. Vi har valt att lyssna, lära och förhålla sig till människors upplevelser och erfarenheter av sjukdom, andlighet, existentiella frågor och religion, likväl som representanter från olika samfunds arbete med dessa frågor. I bokens inledning förhåller vi oss kritiskt till den gängse litteraturen inom området ”mångkulturell vård och omsorg” och föreslår istället begreppet reflexiv kulturell vård och omsorg. Anledningen till att erbjuda ett nytt begrepp är att vi har lyssnat på människors berättelser och på så vis grundat våra resonemang och slutsatser i människors erfarenheter. När utgångspunkten tas i människors erfarenheter ges spännande möjligheter att diskutera de olika frågor - *vad, var, när, vem, hur* och *varför* – som återkommit på olika ställen i boken. Istället för att utgå från antaganden om hur det skulle kunna vara, eller hur grupper tänker och agerar, så har vi genomgående i boken visat hur den erfarenhetsbaserade kunskapen löser upp dessa antaganden. I vissa fall existerar religiösa grupper, i andra fall gör de inte det. I såväl kapitel 4, 5 som 6, har detta gränsupplösande varit en röd tråd. Med utgångspunkt i det erfarenhetsbaserade förhållningssättet har vi med andra ord kunnat problematisera gränser och gränsdragning och visat hur den sociala verkligheten avseende kulturers och religioners betydelse i vård och omsorg är präglad av mångtydighet och komplexitet och unik för varje individ och situation. På basis av människors erfarenheter har det visat sig att de resonemang som återfinns inom den gängse litteraturen på det mångkulturella vårdområdet ofta är av förenklad karaktär. Centrala begrepp och termer definieras vagt, gruppkonstellationer problematiseras inte varför de framstår som oföränderliga och statiska och vad de vårdprofessionella bör göra i sin yrkesverksamhet beskrivs som förhållandevis enkelt. Vi menar att av värderandet av människors erfarenheter gör det möjligt att komma bortom olika mångkulturella vårdscheman eller vårdmodeller. Det innebär att kunna se komplexiteten och mångtydigheten i det som sker och kunna förhålla sig reflexivt till kulturell vård och omsorg.

# LITTERATUR

- Allport, Gordon (1954/1979), *The Nature of Prejudice* Massachusetts: Perseus Books.
- Ahmadi, Fereshteh (2008), *Kultur och hälsa* Lund: Studentlitteratur.
- Barbosa da Silva, António; Ljungkvist, Marie (2007), *Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige* Lund: Studentlitteratur.
- Barth, Fredric (1969), *Ethnic Groups and Boundaries: the Social Organization of Culture Difference* Oslo: Universitets forlaget.
- Bauman, Zygmunt (2002), *Det individualiserade samhälle* Uddevalla: Daidalos.
- Bentley, G. Carter (1987), "Ethnicity and Practice" i *Comparative Studies in Societand History*, vol. 29, sid. 24-25.
- Berger, L. Peter; Luckmann, Thomas (1985 (1966)), *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge* New York: Anchor Books.
- Bjursell, Gunnar ; Vahlne Westerhäll, Lotta (2008), *Kulturen och hälsan. Essäer om sambandet mellan kulturens yttringar och hälsans tillstånd* Stockholm: Santéus förlag.
- Bromander, Jonas (2005), *Medlem i Svenska kyrkan. En studie om samtid och framtid* Stockholm: Verbum.
- Brubaker, Rogers (2004), *Ethnicity Without Groups*, Cambridge. Mass.: Harvard University Press.
- Bruce, Steve (2002), *God is dead: Secularization in the West*. Oxford, UK; Blackwell.
- Burgess, M. Elaine (1978), "The Resurgence of Ethnicity: Myth or Reality?" i *Ethnic and Racial Studies*, 1978, vol. 1, sid. 265-85.
- Burke, Kenneth (1945), *A Grammar of Motives* Berkeley: University of California Press.**
- Cohen, Abner (1969), *Custom and Politics in Urban Africa* London: Routledge.
- Cohen, Abner (1981), *The politics of Elite Culture: Explorations in the Dramaturgy of Power in a Modern African Society*. Berkeley: University of California Press.



- Cooley, Charles Horton (1909), *Social Organization: A study of the larger mind.* New York: Charles Scribner's Sons.
- Cornell, Stephen; Hartmann, Douglas (1998), *Race and Ethnicity, Making Identities In a Changing World* New York: Sage.
- Ehn, Billy; Löfgren, Orvar (2001), *Kulturanalyser* Malmö: Gleerups.
- Eliade, Mircea (1986), *Symbolism, the Sacred and the Arts* New York: Crossroads.
- Eller, Jack David (1999), *From Culture to Ethnicity to Conflict: An Anthropological Perspective on International Ethnic Conflict* Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- Eriksson, Kathy (1997), *Vårdandets idé* Malmö: Liber.
- Featherstone, Mike; Wernick, Andrew (1995), *Images of aging : cultural representations of later life* London: Routledge.**
- Furseth, Inger; Repstad, Paul (2005), *Religionssociologi: en introduktion* Malmö: Liber.
- Gebru, Kerstin (2003), *Kulturanpassad vård i livets slutskede* Vård i livets slutskede – delrapport 2003:4. Malmö stad.
- Geels, Anton; Wikström, Ove (2006), *Den religiösa människan* Stockholm: Natur & Kultur.
- Geertz, Clifford (1973), *The Interpretation of Cultures* New York: Basic Books.**
- Geertz, Clifford (2000), *Available Light: anthropological reflections on philosophical topics.* New Jersey: Princeton University Press.**
- Giddens, Anthony (1999), *Modernitet och självidentitet*, självet och samhället i den senmoderna epoken** Göteborg: Daidalos,
- Gilliat-Ray, Sofie (2008), "From "Visitng Minister" to "Mulsim Chaplain": The Growth of Muslim Chaplaincy in Britain, 1970-2007" i *The Centrality of Religion in Social Life*, Baker, Eileen (red.), Ashgate: Farnham, sid. 145-160.
- Grunddokument för andlig vård inom hälso- och sjukvården, 2004.
- Hansen, Ingrid (1998), *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle* Lund: Studentlitteratur.
- Jenkins, Richard (2008), *Social Identity* London: Taylor & Francis Ltd.
- Karlsson, Pia; Svanberg, Ingvar (red) (1997), *Religionsfrihet i Sverige: om möjligheten att leva som troende* Lund: Studentlitteratur.
- Krogseth, Otto (2009), "Religion og kultur. Forsøk på en forholdsbestemmelse" i *Religion og kutlur. Ein fleirfagleg samtale*, Brunvoll, Arve; Bringeland, Hans Gilje, Nils & Skirbeck, Gunnar. Oslo: Universitetsforlaget, sid 32-45.
- Laghé, Birgitta (2005), *Jag var sjuk och ni gav mig vård. Andlig vård i öppen vård* Uppsala: Svenska kyrkans centrum för andlig vår inom hälso- och sjukvården.
- Lantz, Eva (2006), "Religionsblindhet inom sjukvården" i *Religionsblindhet*, Flodell, Sven Arne (red.), Stiftelsen Sverige och kristen tro. **Sidor?**
- Leininger, Madeleine; McFarland, R. Marylin (2004), *Cultural Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing* Boston: Jones and Bertlett.
- Leininger, Madeleine; McFarland, R. Marylin (2002), *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practice* New York: McGraw-Hill.
- Lindskog, Rolf & Deniz, Fuat (2009), *Mångkulturalism. Socialt fenomen och politisk utmaning* Liber: Malmö.**
- MacLachlan, Malcolm (2006), *Culture and Health. A Critical Perspective Towards Global Health* London: Johh Wiley & Sons Ltd.
- McGuire, Meredith (2008), *Religion. The social context* Long Grove: Waveland Press, Inc.

- Maclver, Robert Morisson; Page, H. Charles (1949), *Society; an introductory analysis* New York: Rinehart.
- Melle, Anna (2006), *Att åldras i främmande land*. Höganäs: Kommunlitteratur.
- Ogburn F. William; Nimkoff F. Meyer (1947), *A handbook of sociology*. London: K. Paul, Trench, Truner & Co., Ltd.
- Sennett, Richard (1999), *När karaktären krackelerar. Människan i den nya ekonomin* Stockholm: Atlas.
- Sherif, Muzafer; Sherif, W. Carolyn (1956), *An Outline of Social Psychology* New York: Harper & Brothers.**
- Sivonen, Kerstin (2000), *Vården och det andliga: en bestämning av begreppet 'andlig' ur ett vårdvetenskapligt perspektiv* [dissertation] Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Sommerville, C. John (1998), "Secular Society Religious Population: Our Tacit Rules for Using the Term Secularization. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37 (2):249–53.
- Stier, Jonas (2003), *Identitet, människans gåtfulla porträtt* Studentlitteratur: Lund.**
- Strandh, Anita (2005), *Hur antecknas patientens andliga och kulturella frågor i journalen?* Opublicerat examensarbete, Göteborgs universitet.
- Watson, Jean (1985), *Nursing - The Philosophy and Science of Caring* Colorado: University Press of Colorado.
- Watson Jean (1993), *En teori för omvårdnad: omvårdnad och humanvetenskap* Lund: Studentlitteratur.
- Weber, Max (1997(?)), "What is an Ethnic Group" i Guibernau, M, & Rex, J, (eds), *The Ethnicity Reader: Nationalism, Multiculturalism and Migration*, Cambridge: Polity Press, sid. 15-26
- Wilkins, Helen (1993), Transcultural nursing: a selective review of the literature, 1985-1991. *Journal of Advanced Nursing* 1993;18:602-12.
- Öhlander, Magnus, (red) (2005), *Bruket av kultur: En antologi om hur kultur görs socialt verksam* Lund: Studentlitteratur.