



Vedlegg til rapporten

«Deg skal jeg ikke ha»

Rasisme og diskriminering i helsevesenet



Fra ord til handling

Gang på gang blir vi kontaktet av personer som har blitt utsatt for rasisme, diskriminering eller trakassering i arbeidslivet eller i møte med offentlige tjenester. Mange forteller at de ikke vet hvor de kan henvende seg, eller at de ikke tør å si fra på arbeidsplassen. De kommer til oss, ikke til lederen sin eller institusjonen der hendelsen skjedde. Når slike historier gjentar seg år etter år, er det et symptom på et system som ikke fungerer. Vi stilte oss spørsmålet om dette handlet om manglende varslingsrutiner, mistillit eller lite kunnskap om hvilke rettigheter man har når man utsettes for rasisme og diskriminering.

Ved inngangen til 2025 gikk vi i Antirasistisk Senter, LIN - Likestilling, Inkludering og Nettverk og Minotenk derfor sammen med mål om å kartlegge og systematisere erfaringene som altfor lenge har blitt stående som enkeltfortellinger. Vi ønsket å forstå omfanget, mønstrene og konsekvensene av rasisme og diskriminering i helsevesenet – både for pasienter, for pårørende og for ansatte – og spesielt ønsket vi å bidra med innspill til politiske tiltak som kan skape faktiske endringer.

For å skaffe et bedre kunnskapsgrunnlag og kartlegge om inntrykket vi satt med var reelt bestilte vi denne rapporten fra Proba samfunnsanalyse.

Funnene er alvorlige, og bekrefter det inntrykket vi satt med: rasisme og diskriminering i helsevesenet er ikke enkelthendelser, men forekommer systematisk og svekker tilgangen til likeverdige helsetjenester og trygge arbeidsvilkår. Pasienter forteller om at de opplever manglende respekt og fordommer, og at språk eller kultur ofte brukes som forklaring for å skyve ansvaret over på dem selv. Helsepersonell beskriver at de utsettes for rasisme fra både pasienter, kollegaer og ledere – og at hendelser sjelden følges opp på en trygg måte.

Flere engasjerer seg i denne saken og har forsøkt å sette den på dagsordenen. Senhøsten 2024 publiserte en gruppe leger og studenter en kronikk i *Tidsskrift for Den norske legeforening* der de beskrev rasisme som et alvorlig helseproblem. Kort tid etter fulgte kommentator Nazneen Khan-Østrem opp i *Aftenposten*, med en skarp påminnelse om at helsevesenet trenger en «hurtigvirkende kur» mot rasisme. Flere fra OUS, UiO og Legeforeningen ble med i debatten.

Samtidig som dette er et felt som skaper engasjement, har vi kommet til kort i å faktisk handle. Vi forsøker nå å gjøre noe med det, og har derfor brukt denne rapporten som et kunnskapsgrunnlag og bakteppe for å utarbeide fire politiske tiltak vi mener helsemyndighetene må prioritere. Disse finner du på neste side.

Vårt håp er at rapporten bidrar til handling og at vi kan bruke de gode alliansene vi allerede har til å skape et helsevesen der alle kan møtes med respekt, trygghet og likeverd.

Antirasistisk Senter – LIN - Likestilling, Inkludering og Nettverk – Minotenk
Oslo, november 2025

Politiske tiltak

1. Det bør etableres en nasjonal standard og handlingsplan for håndtering av rasisme og diskriminering i helsevesenet, slik at arbeidet blir forpliktende og systematisk på tvers av utdanninger, helseforetak og kommuner. Behovet for bred forankring viser at innsatsen ikke kan overlates til enkeltmiljøer. En nasjonal standard kan bygge videre på Norsk Standard for mangfoldsledelse (NS 11201), med krav til rutiner, opplæring og oppfølging. Handlingsplanen bør forankres i helseforetakenes aktivitets- og redegjørelsesplikt (ARP) eller i tildelings- og oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet, og sikre at erfaringer med diskriminering dokumenteres og brukes i kvalitetsarbeidet.

2. Mangfoldskompetanse må integreres systematisk i helseutdanningene og gjøres obligatorisk for helseledere og ansatte med personalansvar. Dette inkluderer opplæring i rasismeforståelse, diskriminering, implisitte bias og kulturell kompetanse som en del av profesjonsetikken. Utdanningene bør ta utgangspunkt i nasjonale retningslinjer, og læringsutbyttebeskrivelser må utvides til å omfatte antirasistisk praksis og bevissthet om makt og ulikhet. Fagforeninger må også bidra gjennom kursing, etterutdanning og fagpolitisk arbeid, og gjøre mangfoldsarbeid til en del av sitt mandat for kvalitet og pasientsikkerhet. Erfaringer fra prosjekter som «Mangfold i helse» ved OsloMet og NSF's arbeid med mangfoldsstrategier viser at forankring i både utdanning og profesjon er avgjørende for varig endring.

3. Helsedirektoratet må utvikle nasjonale standarder og opplæringsprogrammer for kunstig intelligens (KI) i helsevesenet, med vekt på språkmodeller, personvern og bias. KI kan styrke kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell og effektivisere tolketjenester, men krever kritisk bevissthet. Helsepersonell må forstå hvordan språkmodeller fungerer, deres begrensninger og risiko for skjevheter. Mange modeller bygger på vestlige datasett og kan gi feilaktige eller diskriminerende resultater. En nasjonal strategi må derfor omfatte opplæring i KI og språkmodeller, etisk rammeverk for bruk av KI i pasientkommunikasjon, kvalitetssikring av språkteknologi og anerkjennelse av flerspråklige ansatte som ressurs i kommunikasjon og opplæring.

4. Helseforetak og kommunale helsetjenester må forpliktes til målrettet mangfoldsrekruttering og systematisk oppfølging av representasjon, særlig i ledelsen. Det bør innføres krav om strukturerte intervjuer, kompetansebasert utvelgelse og obligatorisk opplæring i mangfold og likestilling for alle som deltar i ansettelsesprosesser. Tiltakene må støttes av systematiske data om representasjon og karriereutvikling. I dag utgjør personer med innvandrerbakgrunn over 20 prosent av leger og tannleger, 11 prosent av sykepleiere og 13 prosent av helsefagarbeidere (SSB 2019), men lederrepresentasjonen er lav. En nasjonal oversikt vil gi grunnlag for målrettede tiltak mot strukturelle barrierer. Målet er et helsevesen der beslutningsarenaene speiler befolkningen og styrker tillit og kvaliteten på tjenestene.

Fra rapporten

Mange helsearbeidere lar være å rapportere rasisme fra pasienter. To av tre som opplever diskriminerende ytringer, varsler ikke. De tror ikke det vil bli tatt tak i – eller mener det ikke er verdt det. Flere forteller også at taushetsplikten brytes i uformelle samtaler om pasienter med minoritetsbakgrunn, ofte i nedlatende ordelag.

Pasienter opplever å ikke få tilstrekkelig informasjon om egen behandling, særlig når språkbarrierer gjør kommunikasjonen krevende. Helsepersonell beskriver også situasjoner der kollegaer eller ledere ikke reagerer når de utsettes for rasistiske kommentarer, og der det mangler rutiner for hvordan man håndterer pasienter som sier «deg vil jeg ikke ha».

Rasisme i helsevesenet rammer både pasienter og ansatte.

Det undergraver tillit, trygghet og kvalitet.

Vi vet nok til å handle – nå må helsemyndighetene gjøre nettopp det.

Antirasistisk Senter – LIN - Likestilling, Inkludering og Nettverk – Minotenk



«Deg skal jeg ikke ha»

Rasisme og diskriminering i helsevesenet

Rapport 2025-15

Proba-rapport nr. 2025-15, Prosjekt nr. 25006

ISSN: 1891-8093

Forsidebilde: Shutterstock

LS, KMV, SEA/TT, 10.10.2025

--

Offentlig

«Deg skal jeg ikke ha»

Rasisme og diskriminering i helsevesenet

Utarbeidet for Antirasistisk Senter, Minotenk og
LIN - Likestilling, Inkludering og Nettverk

Forord

Denne rapporten beskriver gjennomføringen og resultatene av undersøkelser av opplevd rasisme og diskriminering i norsk helsevesen. Studien er basert på kvalitative intervjuer med helsepersonell og pasienter/pårørende.

Prosjektet er gjennomført av Proba samfunnsanalyse. Oppdraget er gjort for Antirasistisk Senter, Minotenk og LIN - Likestilling, Inkludering og Nettverk.

Vi vil takke oppdragsgiverne for muligheten til å jobbe med dette viktige prosjektet. Vi vil også rette en stor takk til alle informantene som har stilt opp til intervju, delt og reflektert rundt sine erfaringer.

Lise Solvoll har vært prosjektleder. Saliha El-Amrani og Lise har gjennomført intervjuene. Kaja Meeg Valvatne har gjennomført kunnskapsoppsummeringen. Samtlige har bidratt i analyse og rapportskriving. Trude Thorbjørnsrud har vært kvalitetssikrer.

Oslo, 10. oktober 2025

Lise Solvoll

Prosjektleder

Innhold

1

SAMMENDRAG.....	1
1 INNLEDNING	4
1.1 Bakgrunn.....	4
1.2 Problemstillinger.....	6
1.3 Metode og gjennomføring.....	7
1.3.1 Intervjuundersøkelse	7
1.3.2 Kunnskapsoppsummering	8
1.3.3 Analyse	9
2 RASISME OG DISKRIMINERING I HELSEVESENET – HVA VET VI?	11
2.1 Opplevelser blant pasienter.....	11
2.2 Opplevelser blant helsepersonell.....	13
3 PASIENTERS ERFARINGER MED RASISME OG DISKRIMINERING	16
3.1 Ikke tatt på alvor.....	16
3.2 Språk og kommunikasjon	19
3.3 For lite informasjon.....	20
3.4 «Her i Norge».....	22
3.5 Negativ behandling.....	23
3.6 Håndtering av rasisme og diskriminering.....	26
3.7 Konsekvenser	27
3.8 Oppsummerende drøftinger	28
4 HELSEPERSONELLS ERFARINGER MED RASISME OG DISKRIMINERING	30
4.1 Opplevelser av rasisme og diskriminering fra pasienter.....	30
4.1.1 «Du skal ikke røre meg» – utfordringer med pasientkontakt	30
4.1.2 Negative kommentarer om innvandrerbakgrunn og religion.....	31
4.2 Opplevelser av rasisme og diskriminering fra kollegaer og ledere	32
4.2.1 Kommentarer og spørsmål	32
4.2.2 Ignorert og utestengt	33
4.2.3 Vanskelig å få jobb og bevege seg i hierarkiet.....	34
4.3 Håndtering av hendelser	35
4.3.1 Reaksjoner på opplevelser av rasisme og diskriminering	35
4.3.2 Å si ifra om negative opplevelser	36
4.3.3 Håndtering på arbeidsplassen	38
4.4 Konsekvenser	40
4.5 Oppsummerende drøfting.....	42
5 TILTAK FOR FOREBYGGING OG HÅNDTERING	44
5.1 Styrke bevissthet og kompetanse.....	44
5.2 Styrke rutiner og retningslinjer	46
5.3 Oppsummerende drøfting.....	47
6 OPPSUMMERING OG VIDERE FORSKNINGSBEHOV.....	48
LITTERATUR.....	50

Sammendrag

Resymé

På oppdrag for Antirasistisk Senter, Minotenk og LIN - Likestilling, Inkludering og Nettverk, har Proba samfunnsanalyse undersøkt opplevd rasisme og diskriminering i helsevesenet. Denne rapporten presenterer resultater fra kvalitative undersøkelser blant pasienter, pårørende og helsepersonell.

Bakgrunn

Rasisme og diskriminering er alvorlige fenomener som kan komme til uttrykk på ulike måter, fra hatkriminalitet, trakassering og mikroagresjoner, til mer indirekte og institusjonaliserte former som strukturell rasisme. *Rasisme* handler om å nedvurdere eller forskjellsbehandle mennesker basert på forestillinger om at menneskeheten kan deles inn i grupper med ulik verdi, knyttet til etnisitet, kultur eller religion.

Diskriminering, definert i lov, innebærer usaklig forskjellsbehandling på grunn av for eksempel kjønn eller etnisitet, og kan forekomme både direkte og indirekte og være uavhengig av intensjon. Slike erfaringer kan ramme både pasienter og helsepersonell og påvirke enkeltpersoner, grupper og samfunnet som helhet.

Antirasistisk Senter, Minotenk og LIN - har sett behovet for mer kunnskap og konkrete tiltak for å forebygge og håndtere rasisme og diskriminering i helsevesenet. Denne rapporten svarer på oppdraget om å undersøke hvordan rasisme og diskriminering kommer til uttrykk blant pasienter, pårørende og helsepersonell.

Problemstillinger og metode

Prosjektet har tatt utgangspunkt i fire problemstillinger:

1. Hvilke erfaringer har pasienter og helsepersonell med opplevd rasisme og diskriminering?
2. Hvilke konsekvenser har rasisme og diskriminering for personer som utsettes?
3. Hvordan opplever helsepersonell at tilfeller av rasisme og diskriminering blir håndtert av arbeidsgivere og medarbeidere?
4. Hvilke tiltak ønsker pasienter og helsepersonell for håndtering og forebygging av rasisme og diskriminering?

Datainnsamlingen har bestått av kvalitative intervjuer med to informantgrupper: helsepersonell og pasienter/pårørende. I tillegg har vi oppsummert tilgjengelig eksisterende kunnskap om og forskning på opplevd rasisme og diskriminering som forekommer i norsk helsevesen.

Dette prosjektet har undersøkt *opplevd* rasisme og diskriminering på bakgrunn av etnisitet og religion. Datainnsamlingen består av kvalitative intervjuer, og datamaterialet gir oss kunnskap om enkeltpersoners opplevelser.

Rasisme og diskriminering er utfordrende fenomener å måle empirisk. Datamaterialet i denne undersøkelsen kan ikke si noe om *omfanget* av rasisme og diskriminering i helsevesenet, og kan ikke benyttes for å generalisere hvilke opplevelser helsepersonell og pasienter med innvandrerbakgrunn har. Det kan også finnes typiske situasjoner og vesentlige former for diskriminering som ikke er fanget opp i vårt datamateriale.

Funn

Pasienters erfaringer med rasisme og diskriminering

Pasienter forteller om å ikke bli tatt på alvor av helsepersonell og om å bli mistrodd når det gjelder opplevelse av smerter. Flere opplever at språk og kommunikasjon er hindringer for å få nødvendig helsehjelp. Mange opplever å få for lite informasjon fra helsepersonell om sykdom, behandlingsforløp og medisinske vurderinger. En del pasienter og pårørende opplever nedlatende irettesettelser og belærende kommentarer om hvordan helsevesenet fungerer i Norge. Pasientene forteller også om negativ og avvisende atferd fra helsepersonell, ufine kommentarer og avvisende kroppsspråk og om forskjellsbehandling, sammenliknet med etnisk norske pasienter. Flere opplever fordommer, antakelser og manglende respekt for religiøse og kulturelle hensyn.

Håndtering av rasisme og diskriminering

Mange av pasientene håndterer hendelsene alene eller med støtte i eget nettverk. Noen har klaget inn hendelser, og et fåtall har fått oppfølgende samtaler med ledelse ved helseinstitusjoner. Noen forteller at de har byttet behandler eller at de oppsøker helsehjelp privat og i utlandet.

Konsekvenser

Pasientene og pårørende forteller om en rekke konsekvenser av opplevelser med rasisme og diskriminering, som svekket tillit til helsevesenet og motvilje mot å kommunisere med helsepersonell. De forteller om personlige konsekvenser som emosjonelle reaksjoner og negative følelser, svekket opplevelse av å høre til og av å være norsk. De erfarer at de får tilleggsbelastninger utover den opprinnelige årsaken til at de oppsøkte helsehjelp.

Helsepersonells erfaringer med rasisme og diskriminering

Helsepersonell beskriver erfaringer med at pasienter ikke ønsker å motta helsehjelp fra dem på grunn av deres etnisitet eller religiøst hodeplagg. Flere forteller om negative kommentarer om innvandrerbakgrunn eller om religion. Helsepersonell opplever også rasisme og diskriminering fra kollegaer og ledere. Flere opplever ubehagelige spørsmål, kommentarer og antakelser knyttet til opprinnelsesland eller religion. En del forteller også om kollegaer deltar i nedlatende samtaler om pasienter med innvandrerbakgrunn, som bygger på stereotypier og fordommer om minoriteter. En del opplever å bli ignorert eller å bli utestengt fra det sosiale miljøet på arbeidsplassen. Mange opplever videre at det er vanskelig å få fast jobb og å bevege seg oppover i hierarkiet.

Håndtering av rasisme og diskriminering

Helsepersonell håndterer opplevelser av rasisme og diskriminering på ulike måter. En del forteller at de er i en beredskapstilstand der de stadig forventer ubehagelige situasjoner. Noen forebygger slike situasjoner ved å gi ekstra service og omsorg til pasienter og pårørende. En del beskriver at å tolerere upassende atferd fra pasienter er en del av arbeidshverdagen. Enkelte informanter har rapportert hendelser til ledelse, men flertallet har unnlatt å rapportere, i frykt for ikke å bli trodd eller for å oppfattes som en byrde. Enkelte helsepersonell håndterer hendelser ved å «ta plass», si ifra, bruke humor som strategi eller ved å søke indre trygghet i vissheten om kunnskap og kompetanse.

Mange erfarer at hendelser med opplevd rasisme og diskriminering ikke blir tatt på alvor av ledelse, og at det ikke gis oppfølging til utsatte ansatte. Noen unntak kommer frem i datamaterialet der ledere har fanget opp erfaringer, og tilbudt samtaler. Ved én

helseinstitusjon er det gjort en grundig innsats med å forbygge og ruste ansatte til å håndtere uønskede hendelser.

Konsekvenser

Helsepersonell forteller om omfattende konsekvenser av opplevd rasisme og diskriminering på arbeidsplassen. De nevner nedstemthet, skam og stress og en følelse av å måtte gi avkall på deler av egen identitet. De forteller også om svekket yrkesglede og faglig interesse samt ønske om mindre pasientkontakt. Enkelte mistrives i sin jobb, og et par av informantene har sluttet i sine stillinger på grunn av belastende diskriminering.

Tiltak for forebygging og håndtering

Informantene foreslår en rekke tiltak for forebygging og håndtering av rasisme og diskriminering. Disse handler om å styrke rutiner og retningslinjer for rapportering, å sørge for reaksjoner overfor dem som utøver rasisme og diskriminering, å tilby samtaler og oppfølging til dem som utsettes og å styrke informasjon om pasientrettigheter og klagemuligheter. Videre foreslår informantene å utarbeide felles rutiner for å hindre og håndtere uønskede situasjoner på helseinstitusjoner, å sørge for mangfold og representasjon på alle nivåer, å øve på samtaler om fordommer, rasisme og diskriminering med ledere og kollegaer på arbeidsplassen og å øke den kulturelle kompetansen til de ansatte. Enkelte ønsker seg mangfoldskompetanse inn i helseutdanningene.

1 Innledning

Rasisme og diskriminering i norsk helsevesen kan utgjøre en alvorlig utfordring for pasienter og helsepersonell med minoritetsbakgrunn. Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag for tre sivilsamfunnsaktører: Antirasistisk Senter, Minotenk og LIN – Likestilling, Inkludering og Nettverk. Alle har som formål å bekjempe rasisme og diskriminering, fremme like rettigheter for minoriteter i Norge og forebygge utenforskap.

Oppdragsgiverne har sett behov for mer kunnskap om hvordan rasisme og diskriminering kommer til uttrykk i helsevesenet. Denne rapporten er resultatet av en kvalitativ undersøkelse og belyser opplevelser av rasisme og diskriminering blant pasienter, pårørende og helsepersonell. Vi har også undersøkt konsekvensene slike opplevelser har for dem som utsettes for rasisme og diskriminering.

Formålet med rapporten er å legge et grunnlag for handling, gjennom å dokumentere erfaringer og utfordringer med opplevd rasisme og diskriminering. Oppdragsgiverne vil bruke funnene i sitt arbeid med politisk påvirkning og som grunnlag for dialog med ledelsen ved norske helseinstitusjoner.

Avslutningsvis i rapporten presenterer vi informantenes perspektiver på hvordan rasisme og diskriminering kan forebygges og bekjempes gjennom konkrete tiltak.

1.1 Bakgrunn

Rasisme og diskriminering

Rasisme og diskriminering er alvorlige fenomener som kommer til uttrykk i ulike former, og som har negative konsekvenser på både individ-, gruppe- og samfunnsnivå. Det finnes ikke en enhetlig og allmenngyldig definisjon av rasisme, og begrepet kan omfatte en lang rekke ulike holdninger og handlinger (Arbeids- og inkluderingsdepartementet 2023).

Generelt sett er rasisme å nedvurdere eller forskjellsbehandle mennesker på bakgrunn av en forestilling om at menneskeheten kan kategoriseres i ulike grupper, som hver tillegges ulike sett med egenskaper med ulik verdi (Bangstad og Døving 2016; Andersson 2022; Skorgen m.fl. 2022; Proba 2023a). Gruppene kan defineres på bakgrunn av etnisitet, men også kultur og religion. Rasisme vil ofte handle om negative holdninger basert på stereotypier og fordommer.

Rasisme kommer til uttrykk på ulike måter, fra ulike former for hatkriminalitet og hatefulle ytringer, hets og trakassering til såkalte «mikroaggresjoner». Mikroaggresjoner kan for eksempel dreie seg om blikk, ufølsomme kommentarer, slengbemerkinger eller andre «småstikk» som oppleves ydmykende eller nedverdiggende (Moe og Døving 2022; Aambø 2021). Rasisme kommer også til uttrykk på mer indirekte og institusjonaliserte måter (Bangstad 2021). Dette omtales ofte som «strukturell rasisme» (Midtbøen 2021; Proba 2023a).

Diskriminering kan defineres som usaklig eller urettmessig forskjellsbehandling av en person eller gruppe, på grunnlag av for eksempel kjønn eller etnisitet (Midtbøen og Lidén 2015). Diskriminering kan skje uavhengig av om forskjellsbehandlingen skjer med hensikt eller ikke (Arbeids- og inkluderingsdepartementet 2023).

Begrepet diskriminering er, i motsetning til rasisme, definert i lov (se likestillingsloven § 6). Loven skiller mellom direkte og indirekte diskriminering. Direkte diskriminering omfatter situasjoner der personer behandles ulikt på grunn av sin bakgrunn, for eksempel gjennom usaklig forskjellsbehandling ved adgang til utested eller i en ansettelsesprosess.

Indirekte diskriminering er når individer eller grupper behandles likt ut fra tilsynelatende nøytrale regler og praksiser, men der dette fører til at noen likevel kommer dårligere ut enn andre, for eksempel på grunn av innvandrerbakgrunn (Midtbøen og Lidén 2015, likestillings- og diskrimineringsloven § 8). Likebehandling i helsevesenet kan være en form for diskriminering når det er store forskjeller mellom majoritets- og minoritetsbefolkningen med hensyn til behovet for helsehjelp eller forutsetninger for å kunne benytte seg av egne rettigheter (Tronstad 2009).

Helsevesenet og likeverdige helsetjenester

Som innbyggere i det norske samfunnet er vi på ulike måter i kontakt med helsevesenet i løpet av livet. I en del situasjoner der vi oppsøker helsehjelp, er vi stilt i en sårbar posisjon, med plager, skader eller smerter som trenger behandling, og med usikkerhet og bekymring for egen helse eller som pårørende. Maktbalansen mellom helsepersonell og pasient er asymmetrisk, og legen, sykepleieren eller helsearbeideren har makt til å hjelpe, men også makt til å «overse». ¹ Bevisste og ubevisste holdninger om egenskaper og forventninger knyttet til ulike grupper, kan prege måten mennesker blir behandlet på.

I tråd med Lov om pasient- og brukerrettigheter skal helsepersonell møte pasienter og brukere med respekt og opptre på en måte som fremmer tillit mellom pasient/bruker og helse- og omsorgstjenestene. ² Loven skal sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd. Videre skal alle offentlige virksomheter, som følge av aktivitets- og redegjørelsesplikten, arbeide aktivt, målrettet og planmessig for å hindre diskriminering på grunn av blant annet etnisitet, religion og livssyn. ³ Alle arbeidsgivere har en lovbestemt plikt til å jobbe med likestilling og mot diskriminering og å dokumentere og redegjøre for arbeidet. Dette innebærer blant annet å sørge for god informasjon og veiledning til pasienter og brukere med ulik bakgrunn, herunder innvandrere og andre minoritetsgrupper. ⁴

Det er altså et mål å sikre likeverdige tjenester. Dette innebærer at alle skal ha lik tilgang til og like muligheter til å bruke tjenester, uavhengig av for eksempel etnisitet og innvandrerbakgrunn. Det er også et mål at resultatet av å bruke tjenesten skal være like godt for alle (Sand og Thaulow 2022; Djuve m.fl. 2011). Rasisme og diskriminering i helsevesenet kan på ulike måter skape barrierer for pasienter mot å benytte seg av tjenestene de har krav på, og å hevde sine rettigheter. Rasisme og diskriminering kan i verste fall føre til dårligere kvalitet i behandlingen.

I medisinsk etikk ligger det fire prinsipper til grunn for alt helsefaglig arbeid. De består av prinsippene *å gjøre godt*, *å respektere selvbestemmelse*, *å ikke skade* og *å være rettferdig*. ⁵ Rasisme og diskriminering er uforenelige med prinsippene, idet slike erfaringer er en belastning for dem det rammer, og kan føre til feilbehandling, manglende behandling eller nye plager. Helseprofesjonenes etiske grunnlag skal forhindre diskriminerende handlinger. Samtidig arbeider helsepersonell i en sektor preget av maktubalanse og hierarkier. Leger, sykepleiere og annet medisinsk personell

¹ <https://sykepleien.no/meninger/2020/03/makten-til-hjelpe-og-til-overse>

² Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

³ Arbeidsgivers aktivitetsplikt https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51/KAPITTEL_4#%C2%A726

⁴ Regjeringens handlingsplan mot rasisme og diskriminering – ny innsats 2024–2027 <https://www.regjeringen.no/contentassets/8da2b05800224771a3548ba4007817e4/no/pdfs/handlingsplan-mot-rasisme-og-diskriminering.pdf>

⁵ Store medisinske leksikon, «De fire prinsipper» https://sml.snl.no/de_fire_prinsipper_de_fire_prinsipper_-_Store_medisinske_leksikon

har ulik kunnskap og ekspertise som både utgjør en autoritetsstruktur mellom yrkesgruppene og som skaper asymmetri i relasjonen til pasientene.

Hierarkiene mellom helsepersonell kan handle om ulikhet i makt og status. Andre faktorer som spiller inn, kan være utdanning, ansvar, ansiennitet og medisinsk beslutningsmyndighet. Videre spiller også alder og kjønn en rolle, så vel som holdninger og fordommer knyttet til etnisitet, kultur og religion. Orupabo m.fl. (2022) betegner hierarkiske relasjoner i arbeidslivet som «asymmetriske situasjoner»⁶, der det er forventet at man respekterer sine overordnede. Hvorvidt en situasjon er symmetrisk eller asymmetrisk vil påvirke hvordan man håndterer opplevelser av rasisme og diskriminering fra en kollega.

Et lege-pasient-forhold er hierarkisk i den forstand at legen i de fleste tilfeller er en faglig autoritet med myndighet til å beslutte hvilken helsehjelp pasienten skal få. Samtidig står pasientrettigheter sterkt i helsevesenet, og en lege som opptrer upassende eller gir mangelfull behandling overfor pasienter, risikerer både eget og arbeidsplassens rykte og kan utsette arbeidsplassen for pasientklager.

Pasienter befinner seg i en sårbar situasjon med sykdom, smerter og behov for hjelp. Helsepersonell står overfor et press om å utføre rett behandling til rett tid og utvise likebehandling for alle pasienter. Knapphet på tid er en gjennomgående utfordring for mange, og krav om effektivitet og prioritering av oppgaver må ofte balanseres mot ønsket om å gi omsorg av høy kvalitet. Helsepersonell kan oppleve et vanskelig spenn mellom idealer og virkelighet. Ansvarsoppgavene er store, og konsekvensene av feilvurderinger kan være alvorlige. Samlet kan slike faktorer bidra til et krevende miljø både for helsepersonell og pasienter.

Formålet med undersøkelsen

Antirasistisk senter, Minotenk og LIN har sett behov for mer kunnskap om hvordan rasisme og diskriminering kommer til uttrykk i helsevesenet. Denne rapporten presenterer resultatene av intervjuundersøkelser om opplevd rasisme og diskriminering blant pasienter, pårørende og helsepersonell. Kunnskap om disse utfordringene er avgjørende for å sikre likeverdige helsetjenester for alle, og for å skape tillit og rettferdighet i møte mellom pasient, pårørende og helsepersonell, så vel som helsepersonell imellom. Rapporten beskriver eksempler på rasisme og diskriminering slik pasienter og helsepersonell opplever det, og gir konkrete forslag til tiltak for forebygging og håndtering.

1.2 Problemstillinger

For å kartlegge erfaringer med rasisme og diskriminering i helsevesenet har prosjektet tatt utgangspunkt i følgende problemstillinger:

1. Hvilke erfaringer har pasienter og helsepersonell med opplevd rasisme og diskriminering?
2. Hvilke konsekvenser har rasisme og diskriminering for personer som utsettes?
3. Hvordan opplever helsepersonell at tilfeller av rasisme og diskriminering blir håndtert av arbeidsgivere og medarbeidere?
4. Hvilke tiltak ønsker pasienter og helsepersonell for håndtering og forebygging av rasisme og diskriminering?

⁶ Begrepene symmetriske og asymmetriske relasjoner er hentet fra sosiologen Erving Goffman (1967/1982).

Selvrapportert og opplevd diskriminering kan ikke nødvendigvis tolkes som en ren gjengivelse av faktiske forhold. Det er likevel viktig å kartlegge slike opplevelser, både for å få innblikk i hvordan diskriminering oppleves og for å kunne utvikle og iverksette treffsikre tiltak (Proba 2024a).

Rasisme og diskriminering er utfordrende fenomener å måle empirisk. For det første finnes det ulike tolkninger og forståelser av disse begrepene, og det kan være vanskelig å trekke et tydelig skille mellom hva som er lovlig og legitim forskjellsbehandling og hva som er diskriminering. Ofte kan det være vanskelig å vite om det er rasistiske holdninger som ligger bak andres oppførsel eller ytringer. For de som utsettes for rasisme og diskriminering, kan det være utfordrende å bevise eller påvise at det er det de har blitt utsatt for. I tillegg kan rasisme og diskriminering skje på ulike nivåer, både gjennom direkte handlinger og mer indirekte og strukturelt, noe som igjen fører til utfordringer knyttet til det å måle dette objektivt (Midtbøen og Lidén 2015).

I hvilken grad man er utsatt for og opplever diskriminering og rasisme, avhenger av flere forhold. Blant annet vil dette kunne variere etter landbakgrunn, innvandringsgrunn, livssituasjon og hvorvidt man selv har innvandret eller er norskfødt med utenlandske foreldre (Proba 2024a). I hvilken grad man tolker en hendelse eller situasjon som uttrykk for diskriminering, vil påvirkes av ens egen bakgrunn og forventninger og eventuelle tidligere erfaringer med diskriminering (Midtbøen og Lidén 2015; Midtbøen 2019; Diehl og Liebau 2017).

Dette prosjektet har undersøkt diskriminering på bakgrunn av etnisitet og religion. Vi har ikke hatt som mål å innhente erfaringer med andre former for diskriminering, som for eksempel diskriminering på bakgrunn av kjønn, seksuell orientering eller funksjonsnedsettelse. Vi har imidlertid vært bevisste på slike erfaringer og anerkjent at personer kan oppleve diskriminering på flere grunnlag samtidig. I forskningssammenheng omtales dette fenomenet som interseksjonalitet (Orupabo, 2014). For eksempel nevner flere informanter at det at de er unge og kvinner, spiller inn på erfaringene de har med rasisme og diskriminering.

1.3 Metode og gjennomføring

Datainnsamlingen i dette prosjektet har bestått av kvalitative intervjuer med to informantgrupper: helsepersonell og pasienter/pårørende. I tillegg har vi oppsummert tilgjengelig kunnskap om og eksisterende forskning på opplevd rasisme og diskriminering i norsk helsevesen.

1.3.1 Intervjuundersøkelse

Vi har intervjuet 17 helsepersonell og 14 pasienter/pårørende i perioden april til august 2025. De fleste informantene ble intervjuet individuelt. Ved et par tilfeller gjorde vi gruppeintervjuer med pasienter og pårørende. Vi benyttet en intervjuguide som utgangspunkt for intervjuene, men i stor grad ble intervjuene gjennomført som samtaler der spørsmålene ble tilpasset underveis utfra informantens historie og erfaringer.

Informantene ble invitert til å fortelle om egne erfaringer med rasisme og diskriminering i møte med helsevesenet eller om erfaringer fra arbeidet sitt som helsepersonell. Både pasienter og helsepersonell ble spurt om hvordan hendelser ble håndtert og om ønsker for arbeid med håndtering og forebygging av rasisme og diskriminering. Vi undersøkte også hvilke personlige konsekvenser erfaringene har hatt for den enkelte informant.

Helsepersonellet i undersøkelsen besto av leger og overleger/bydels- og kommuneoverlege, sykepleiere, spesialistsykepleier, jordmor, ergoterapeut, psykiater, tannlege og farmasøyt. Informantene i begge kategorier består av personer som har kommet til Norge tidlig i livet, og personer som er født i Norge av foreldre som har innvandret.

Informantene holder til på Østlandet, Vestlandet og Sørlandet og har bakgrunn fra land i Afrika, Midtøsten, Sør-Asia, Sørøst-Asia, Øst-Europa og Amerika.

Det har vært flest kvinner blant informantene. Av helsepersonell har vi snakket med 15 kvinner og to menn. På pasientsiden har vi snakket med 10 kvinner og tre menn.

Intervjuene har vært gjennomført både som stedlige samtaler, der intervjuer og informant møttes fysisk i Probas lokaler, og som digitale videokonferanser over Teams eller på telefon. Intervjuene ble gjort på norsk, med unntak av to intervjuer som ble gjort på engelsk.

Rekruttering av informanter

Informantene blant helsepersonell ble rekruttert gjennom flere kanaler, en betydelig andel via oppdragsgiverorganisasjonenes etablerte nettverk. Organisasjonene tok kontakt med potensielle informanter ved å sende ut forespørsler om deltakelse i intervjuer. Blant de som samtykket til videre kontakt, foretok Proba en seleksjon med mål om å sikre størst mulig variasjon i informantgruppen. Utvelgelsen tok hensyn til faktorer som yrkesbakgrunn, landbakgrunn, alder og kjønn. Rekrutteringen gjennom oppdragsgiverens nettverk ble valgt for å identifisere relevante informanter med direkte erfaringer knyttet til rasisme og diskriminering, og slik sikre høy relevans i datamaterialet.

Det var imidlertid behov for å supplere med flere informanter. Vi henvendte oss til helseforetak i hele landet og en rekke helse- og omsorgstjenester samt aktører som frivillige organisasjoner, innvanderorganisasjoner, minoritetsråd og trossamfunn for å nå relevante personer. Vi utformet en digital påmeldingsløsning for intervjuer som ble distribuert gjennom organisasjoners sosiale medier og andre kommunikasjonskanaler. Enkelte informanter meldte seg direkte via denne løsningen. Videre benyttet vi oss av «snøballmetoden», der informanter ble oppfordret til å dele informasjon om undersøkelsen og muligheten for å delta, med personer i sine egne nettverk.

Informantene i pasientgruppen har svært variert bakgrunn, både når det gjelder botid i Norge, landbakgrunn, utdanningsnivå og type medisinsk problemstilling som har vært relatert til erfaringer med rasisme og diskriminering. Enkelte har kommet til Norge som unge voksne, har lite utdanning og begrensede norskferdigheter. Andre er født i Norge og har høyere utdanning. Noen av informantene har kommet til Norge og tatt høyere utdanning her; andre har høyere utdanning fra sitt hjemland. Pasientene og de pårørende har fortalt om hendelser fra flere møter med helsevesenet, i forbindelse med familiemedlemmers sykdom, egen sykdom, skade, psykisk sykdom, fødsler og akutte hendelser.

Rekrutteringen til intervjuer var utfordrende. Vi hadde lagt opp til et noe høyere antall informanter innenfor pasientgruppen, og særlig ville vi gjerne intervjuet flere menn. Vi mener likevel datagrunnlaget er fyldig og variert og gir et godt bilde av hvordan rasisme og diskriminering kan komme til uttrykk, sett fra både helsepersonell og pasienters ståsted.

1.3.2 Kunnskapsoppsummering

Vi har gjennomført en oppsummering av tidligere undersøkelser av opplevd rasisme og diskriminering i helsevesenet – både blant pasienter og helsepersonell. Vi har tatt utgangspunkt i tidligere forskning og undersøkelser som vi eller oppdragsgiverne kjente til fra før, og deretter brukt snøballmetoden for å finne frem til flere relevante studier. Metoden går ut på å bruke referanselistene i de artiklene man har kjennskap til, for å finne andre relevante studier artiklene har referert til. Vi har også gått gjennom referanselistene i litteraturen vi har brukt, for å finne ytterligere relevant forskning.

Gjennomgangen av tidligere forskning har gitt bakgrunnskunnskap som vi har brukt i utformingen av intervjuguider og til å tolke og kontekstualisere våre egne funn.

1.3.3 Analyse

Hensikten med intervjuene var å få frem detaljrike beskrivelser og kontekst rundt hendelser og situasjoner der rasisme og diskriminering forekommer i helsevesenet. Vi ønsket å få frem en variasjon i ulike uttrykk, og gjøre erfaringene håndgripelige og synlige for leseren av rapporten. Intervjureferatene ble sortert og organisert ved hjelp av dataprogrammet Nvivo, som er utviklet for å håndtere og kode kvalitative data. I tekstgjennomgangen identifiserte vi utsagn og beskrivelser som demonstrerer hvordan rasisme og diskriminering kommer til uttrykk i møter mellom pasienter eller pårørende og helsepersonell, og mellom helsepersonell.

Deretter ble datamaterialet bearbeidet gjennom en «tematisk analyse» (Braun og Clarke 2006), en metodisk prosess der forskerne identifiserer trekk i, organiserer og analyserer et kvalitativt datamateriale. I analysen så vi etter gjennomgående eller gjentakende temaer. Vi var også oppmerksomme på situasjoner og erfaringer som kan fremstå som unike.

I rapporten presenterer vi funn fra analysen sammen med sitater fra datainnsamlingen. Vi bruker mye plass på narrativer og gjengivelser av informantenes utsagn. Informantenes opplevelser og meninger er i stor grad gjengitt slik de selv har beskrevet dem. Vi har ønsket å gi levende og samtidig nyanserte fremstillinger som gir leseren en nær forståelse av informantenes erfaringer. Samtidig har vi vært svært nøye med anonymisering. For å ivareta informantenes personvern har vi tatt ut en del detaljer fra intervjumaterialet vi presenterer.

Undersøkelsens begrensninger

Metoden for datainnsamlingen er begrenset til intervjuer, og vi har ikke intervjuet et representativt utvalg av populasjonen. Datamaterialet gir altså kunnskap om enkeltpersoners opplevelser, og vi kan ikke trekke konklusjoner om at funnene gjelder for hele helsevesenet eller for hele innvandrerbefolkningen. Datamaterialet kan ikke si noe om *omfanget* av rasisme og diskriminering, og kan ikke brukes til å generalisere hvilke opplevelser helsepersonell og pasienter med innvandrerbakgrunn har. Det kan være typiske situasjoner og vesentlige former for diskriminering som ikke er fanget opp i vårt datamateriale. Informantenes beretninger må anses som personlige erfaringer av opplevd rasisme og diskriminering. Samtidig finner vi mange sammenfallende erfaringer av rasisme, diskriminering og forskjellsbehandling på grunn av etnisitet og religion i datamaterialet.

I mange tilfeller kan det være vanskelig å skille mellom tilfeller av rasisme og tilfeller av diskriminering. Selv om diskriminering i juridisk forstand er et smalere begrep, brukes disse ordene om hverandre av de vi har intervjuet. En og samme situasjon kan også inneholde elementer av både underliggende rasistiske holdninger, konkrete rasistiske ytringer og diskriminering. I andre tilfeller kan den som utsettes ha ufullstendig informasjon om en situasjon, og dermed være usikker på om det de opplever er rasistisk motivert eller ikke. I det følgende vil vi derfor omtale eksempler på rasisme og diskriminering samlet, og vi vil ikke gjøre tydelige skiller mellom diskriminering og rasisme i omtalen av funnene.

Undersøkelsens gyldighet

Intervjuene i denne undersøkelsen er gjort med helsepersonell og pasienter som opplever at de har blitt utsatt for rasisme og diskriminering. De gir konkret innsikt i hvordan rasisme oppleves i praksis og konkrete eksempler på situasjoner hvor rasisme skjer. Til tross for et begrenset antall informanter, kan kvalitative undersøkelser, slik som denne, gi *sosiologisk representativitet* (Grimen 2020) ved at vesentlige deler av beskrivelsene som gis om et fenomen er gjenkjennbare for andre i samme situasjon (Leseth og Tellmann 2018). Vi har vært opptatt av å inkludere detaljrike beskrivelser av

gjennomgående temaer og vise frem mangfoldet av erfaringer i intervjumaterialet. Målet er å gjøre fenomenet rasisme og diskriminering i helsevesenet forståelig for leseren og andre som er i samme situasjon som informantene.

Øvrige refleksjoner om funn og metode: Er alt dette virkelig rasisme?

Erfaringer med opplevd rasisme og diskriminering er kontekstavhengige og subjektive. Vi har ikke utforsket hva hendelsene informantene har fortalt om, dreide seg om, eller innhentet andre parterers versjon. Vi har heller ikke undersøkt hvilke rutiner og tiltak som er gjort ved informantenes arbeidsplasser når det gjelder rapportering og håndtering av hendelser.

En del informanter har gått inn på detaljer rundt helseutfordringer, sykdom og behandling. Medisinske vurderinger er utenfor dette oppdragets formål og utenfor vår kompetanse, og vi har ikke undersøkt eller gått nærmere inn i vurderinger rundt eventuell feilbehandling eller -medisinering.

Flere av informantene har vært opptatt av å nyansere sine beretninger. De er tydelige på at de ikke alltid vet om det de har opplevd er rasisme og diskriminering, og hva som var utøveren eller avsenderens intensjon. En del legger inn forbehold om at det er *deres* opplevelse av situasjonen de gjengir, at de ikke ønsker å generalisere, og at de ikke snakker på vegne av flere enn seg selv. De ønsker ikke å fremstille seg selv som ofre og er opptatt av å understreke at de også har hatt gode møter i eller med helsevesenet og med helsepersonell.

I rapporten har vi inkludert eksempler på «usikre» erfaringer med «ubevisst» rasisme og diskriminering. Hvis vi kun hadde inkludert de mest tydelige og udiskutable tilfellene av rasisme og diskriminering, ville vi risikere å overse og bagatellisere en sentral del av rasismen og diskrimineringen som kommer til uttrykk i møter mellom pasienter, pårørende og helsepersonell. De minst åpenbare og mest subtile tilfellene kan være erfaringer som gir de utsatte størst belastning over tid.

«Usikre» erfaringer på rasisme og diskriminering kjennetegnes av at intensjonen bak handlingen er uklar, eller at den som står bak handlingen ikke selv er oppmerksom på hvordan ytringen eller handlingen oppleves for den som rammes. Det kan handle om spørsmål, kommentarer, antakelser eller påstander om personens gruppetilhørighet, for eksempel knyttet til utseende, levested, kunnskap, normer eller annet. Selv om slike hendelser kan være motivert av nysgjerrighet og er ment nøytrale, kan den som rammes like fullt måtte forholde seg til negative følelser og gjøre et emosjonelt og mentalt arbeid for å tolke og bearbeide opplevelsen.

Disse små, subtile eller ubevisste ytringene omtales gjerne som «mikroaggresjoner» (Moe og Døving 2022; Aambø 2021). Hvert tilfelle av mikroaggresjoner kan fremstå ubetydelig og harmløst, men den kumulative totalen av gjentatte hendelser utgjør en betydelig belastning for den som utsettes. «Minoritetsstress» (se for eksempel das Nair og Sand 2024) betegner den langvarige emosjonelle og psykiske belastningen som individer i minoritetsgrupper kan oppleve som følge av vedvarende eksponering for fordommer, ekskludering eller mangel på anerkjennelse i samfunnet. Stresset kan oppstå både som konsekvens av gjentatte opplevelser med diskriminering, rasisme og mikroaggresjoner, og gjennom frykten for å bli utsatt for slike erfaringer.

2 Rasisme og diskriminering i helsevesenet – hva vet vi?

Vi har gjort en gjennomgang av eksisterende kunnskap om opplevelser av rasisme og diskriminering blant pasienter og blant helsepersonell. Vi har fokusert på eksisterende norsk forskning, men har også supplert med noe internasjonal litteratur. Tidligere studier av opplevd rasisme og diskriminering har i stor grad fokusert på slike opplevelser i arbeidslivet, og særlig i forbindelse med jobbsøking og ansettelsesprosesser. Studiene har i liten grad sett på rasisme og diskriminering i spesifikke sektorer, og det finnes derfor lite kunnskap om hva som kjennetegner helsepersonells opplevelser av rasisme og diskriminering i jobbsammenheng. Det finnes heller ikke så mye norsk forskning på pasienters, brukeres eller pårørendes opplevelser av rasisme og diskriminering i møte med helsevesenet, men noen studier om dette foreligger.

I dette kapitlet oppsummerer vi først eksisterende kunnskap om pasienters opplevelser av rasisme og diskriminering, før vi ser på slike opplevelser blant helsepersonell.

2.1 Opplevelser blant pasienter

Det finnes en rekke studier av opplevd diskriminering blant personer med innvandrerbakgrunn i ulike situasjoner og samfunnsområder, inkludert erfaringer fra helsevesenet. I disse undersøkelsene er det langt flere som oppgir å ha opplevd diskriminering på andre samfunnsarenaer enn helsevesenet, som for eksempel i arbeidslivet og i skole/utdanning. Dette kan være en grunn til at det så langt har blitt gjort relativt lite forskning på rasisme og diskriminering i helsevesenet sammenlignet med andre samfunnsområder (Tveit og Sandset (red.) 2022).

SSBs levekårsundersøkelse blant personer med innvandrerbakgrunn fra 2016⁷ stilte spørsmål om opplevd diskriminering i fire situasjoner: på arbeidsplassen, ved ansettelse, ved utdanningsinstitusjon og i kontakt med helsevesenet (se tabell 1).

Tabell 1: Andel som har opplevd forskjellsbehandling på ulike samfunnsområder, siste 12 måneder. Hentet fra SSBs levekårsundersøkelse blant personer med innvandrerbakgrunn 2016 (Hamre 2017; Egge-Hoveid 2018).

	På arbeids- plassen	Ved ansettelse	Ved utdannings- institusjon	I kontakt med helsevesen
De som selv har innvandret				
Opplevd forskjellsbehandling	21 %	59 %	17 %	10 %
Hvorav relatert til innvandrerbakgrunn	16 %	28 %	15 %	6 %
Norskfødte med innvandrerforeldre				
Opplevd forskjellsbehandling	28 %	64 %	21 %	7 %
Hvorav relatert til innvandrerbakgrunn	22 %	22 %	16 %	6 %

⁷ SSB planlegger å gjennomføre en ny levekårsundersøkelse blant personer med innvandrerbakgrunn i 2026. Her er spørsmålene om opplevd diskriminering og forskjellsbehandling anbefalt videreført (Strøm m.fl. 2024).

Vi ser i tabellen at ti prosent av de som selv har innvandret og syv prosent av norskfødte med innvandrerforeldre har opplevd å bli forskjellsbehandlet i møte med helsevesenet i løpet av det siste året. Seks prosent i begge grupper mener de er forskjellsbehandlet på grunn av sin innvandrerbakgrunn. Andelen som har opplevd forskjellsbehandling er høyere på andre samfunnsområder, særlig i forbindelse med ansettelsesprosesser.

En undersøkelse gjennomført av Fafo (Dalen m.fl. 2024) finner at 12 prosent av innvandrerne de har spurt, har opplevd dårligere behandling enn andre i møte med helsevesenet. I en kartlegging av opplevd rasisme og diskriminering blant barn og unge svarer åtte prosent av respondentene med minoritetsbakgrunn at de har opplevd å bli behandlet dårligere enn andre i møte med helsevesenet. Det samme svarte imidlertid også seks prosent av respondentene med majoritetsbakgrunn (Proba 2023b).

De siste årene har det blitt gjennomført flere kartlegginger av opplevd diskriminering og rasisme blant personer med innvandrerbakgrunn i ulike kommuner. I en kartlegging av opplevd diskriminering i fem kommuner⁸ finner Proba (2024a) at mellom ni og tolv prosent av respondentene i de fem kommunene har opplevd å bli forskjellsbehandlet på grunn av sin innvandrerbakgrunn i møte med helsevesenet det siste året. I en kartlegging i kommunen Voss herad svarer ni prosent av respondentene at de har opplevd å bli behandlet dårligere enn andre i møte med helsevesenet på grunn av sin etnisitet, mens ytterligere seks prosent har opplevd forskjellsbehandling, men er usikre på om det skyldes etnisitet (Skybjørg m.fl. 2025).

Kvalitative studier av erfaringene til personer med innvandrerbakgrunn i møte med norsk helsevesen, tyder på at få opplever direkte rasisme eller hatefulle ytringer fra helsepersonell. Flere forteller imidlertid om mer subtile former for rasisme og forskjellsbehandling. Dette kan for eksempel dreie seg om å føle seg nedprioritert eller ignorert til fordel for majoritetspasienter, å bli mistenkeliggjort eller «avhørt» av helsepersonell om faktorer som ikke er knyttet til helseproblemet de har, å bli behandlet med mindre respekt eller imøtekommenhet eller ikke å bli trodd eller tatt på alvor når en beskriver symptomer og plager (Mbanya m.fl. 2019, Proba 2024b; Moe og Døving (red.) 2022).

Antirasistisk senter gjorde en undersøkelse av opplevd rasisme blant ungdom i 2018. I rapporten fremkommer blant annet eksempler på minoritetsungdoms erfaringer med rasisme i helsevesenet. De forteller om helsepersonell som gjør antakelser om negative familieforhold og om uriktige opplysninger basert på fordommer i helsejournaler. De forteller også om helsepersonell som stiller irrelevante personlige spørsmål om innvandrerbakgrunn og norsk språkkompetanse (Antirasistisk Senter 2018).

Resultater fra studiene som vi har sett på, kan tyde på at omfanget av diskriminering i møte med helsevesenet ikke er like stort som på en del andre samfunnsområder. Likevel kan denne typen diskriminering ha potensielt store negative konsekvenser for dem som utsettes. En risiko er at opplevelser av diskriminering i møte med helsevesenet kan føre til at terskelen for å oppsøke helsetjenester heves, og at personer med behov for helsehjelp ikke oppsøker nødvendige helsetjenester eller unnlater å ta imot nødvendig helsehjelp (f.eks. Kour m.fl. 2020; Hamed m.fl. 2020; Mbanya m.fl. 2019; Prøitz 2020).

Motsatt fant Kour m.fl. (2020) at pasienter som møter helsepersonell som viser kulturforståelse og forståelse for deres flukt- eller migrasjonsbakgrunn og eventuelle traumer i forbindelse med dette, opplever bedre utfall av behandlingen de får, enn pasienter som møter helsepersonell som ikke viser slik forståelse.

Pasienter og brukere kan også utsettes for mer indirekte eller subtile former for diskriminering uten å være klar over det selv. For eksempel kan diskriminering omfatte

⁸ Det ble gjennomført kartlegginger i Oslo, Bærum, Kristiansand, Tromsø og Frøya kommune.

manglende helseinformasjon og informasjon om tilgjengelige helsetjenester på ulike språk og manglende bruk av kvalifisert tolk, samt manglende kompetanse på vanlige helseplager hos pasienter med minoritetsbakgrunn (Spilker m.fl. 2022). Dette kan føre til lite likeverdige tjenester og at helse- og omsorgstjenester blir mindre tilgjengelige for personer med minoritetsbakgrunn (Spilker m.fl. 2022). I tillegg kan ubevisste fordommer hos helsepersonell, språkbarrierer og misforståelser føre til feilbehandling og negative helseeffekter for den enkelte pasient. Studier har blant annet vist at kvinner i enkelte minoritetsgrupper i mindre grad får epidural i fødsel, og at de har over dobbelt så høy risiko for dødfødsel som majoritetskvinner (Rostadmo 2021).

Undersøkelsene over kartlegger opplevd diskriminering og baserer seg på respondentenes subjektive opplevelse av å ha blitt forskjellsbehandlet. Dette er på mange måter et usikkert mål på diskriminering, og det kan tenkes at diskriminering både over- og underrapporteres i slike undersøkelser (Hamre 2016; Midtbøen og Lidén 2015). For eksempel kan pasienter og brukere tolke situasjoner som at de har vært utsatt for diskriminering, selv om dette ikke var tilfellet. Det kan også variere fra person til person hvor tilbøyelig man er til å tolke noe som rasisme og diskriminering. Dette kan påvirkes av for eksempel grad av system- og språkforståelse og tidligere opplevelser med rasisme og diskriminering (se blant annet Proba 2024a).

Flere tidligere studier har vist at grupper som man kan forvente at er godt integrert i det norske samfunnet, også rapporterer om mer opplevd rasisme og diskriminering. Dette gjelder for eksempel norskfødte med innvandrerbakgrunn eller innvandrere med høyere utdanningsnivå. Fenomenet omtales som «integreringsparadokset» og forklares blant annet med at personer som er godt integrert i samfunnet, kan ha bedre forutsetninger for å identifisere diskriminering og forskjellsbehandling (Dalen m.fl. 2022; Midtbøen 2019). Motsatt kan man tenke seg at personer med dårligere språkkunnskaper, mindre kjennskap til egne rettigheter og lavere systemforståelse har dårligere forutsetninger for å vite om de blir behandlet dårligere enn andre. Dette kan også gjøre seg gjeldende for pasienter med innvandrerbakgrunn i møte med norsk helsevesen. En studie som bekrefter slike mekanismer, er Liens (2021) studie av somaliske, gambiske og eritreiske kvinners opplevelse av helsehjelp i forbindelse med kjønnslemlestelse. Lien finner at kvinnene selv hadde høy tillit til helsevesenet og var tilfredse med behandlingen de fikk, mens helsepersonellet som ga dem behandlingen, mente at kvinnene fikk et dårligere tilbud enn de hadde krav på, og at de ikke fikk likeverdig tilgang til helsetjenester.

Rasisme og diskriminering mot pasienter i helsevesenet kan altså foregå på mange ulike måter. Mye tyder på at mer indirekte og strukturelle former for rasisme og diskriminering er vel så utbredt som mer direkte former. Dette kan være langt vanskeligere å identifisere, men kan like fullt resultere i en helseulikhet mellom majoritets- og minoritetsbefolkningen (Debesay m.fl. 2024).

2.2 Opplevelser blant helsepersonell

Det finnes flere studier som undersøker helsepersonells opplevelser av rasisme og diskriminering i ulike land. Studier fra USA, Storbritannia og Australia viser at sykepleiere med minoritetsbakgrunn opplever rasisme og diskriminering både i møte med kollegaer og ledere og i møte med pasienter. Dette kan komme til uttrykk i ulike former for mikroaggresjoner, mobbing, trakassering og hatefulle ytringer eller når pasienter uttrykker preferanse for pleiere med majoritetsbakgrunn (Cottingham m.fl. 2017; Estacio og Saidy-Khan 2014; Dywili m.fl. 2021; Serafini m.fl. 2020). Rasisme og diskriminering kan også komme til uttrykk ved at pasienter, pårørende og kollegaer tviler på kompetansen og vurderingene til ansatte med minoritetsbakgrunn (Cottingham og Andriga 2020),

Studiene viser at slike opplevelser kan føre til stor emosjonell belastning i jobben og høy grad av jobbrelatert stress samt følelser av sinne, frustrasjon og frykt. I noen tilfeller kan dette gå utover kvaliteten i pasientomsorgen (Cottingham m.fl. 2017). Mer institusjonelle former for rasisme og diskriminering medfører barrierer for kompetanseheving og forfremmelser blant sykepleiere med minoritetsbakgrunn (Estacio og Saidy-Khan 2014).

I Norge har forskning på rasisme og diskriminering i arbeidslivet i stor grad fokusert på rasisme og diskriminering i forbindelse med rekruttering og ansettelsesprosesser og i mindre grad på opplevelser i jobb – altså som en del av jobbhverdagen (Wollscheid m.fl. 2022). Brede kartlegginger av opplevd rasisme og diskriminering tyder imidlertid på at slike opplevelser i jobbsammenheng er relativt utbredt, og at særlig arbeidstakere som har mye kontakt med pasienter, brukere og kunder, er utsatt (Proba 2024c; Moe og Døving, red. 2023).

I 2020 gjennomførte tidsskriftet Sykepleien en spørreundersøkelse blant norske sykepleiere om diskriminering og hatefulle ytringer. Her kommer det frem at 25 prosent av respondentene oppgir at de, på sin egen arbeidsplass, kjenner til at sykepleiere har vært utsatt for diskriminerende eller hatefulle ytringer på grunn av hudfarge, nasjonal eller etnisk opprinnelse, religion, livssyn, seksuell legning eller nedsatt funksjonsevne de siste 12 månedene. Andelen som svarer ja, er vesentlig høyere blant utenlandsfødte sykepleiere eller sykepleiere med minoritetsbakgrunn.

I samme undersøkelse fremkommer det at nesten 29 prosent av sykepleiere som selv har innvandret, rapporterer at de selv har opplevd diskriminerende og hatefulle ytringer i jobbsammenheng. Dette er langt høyere enn blant norskfødte sykepleiere, der bare drøyt fire prosent oppgir å ha opplevd det samme. Det er imidlertid store variasjoner mellom ulike landbakgrunner, og andelen er klart størst for sykepleiere som er født i et afrikansk land (58 prosent) (Bergsagel 2020).

Undersøkelsen viser at blant de som har opplevd diskriminerende og hatefulle ytringer, er det flest som har opplevd dette fra pasienter – litt over halvparten av respondentene. 20 prosent har opplevd dette fra pårørende, mens ca. 40 prosent har opplevd slike ytringer fra en kollega, og 24 prosent fra en leder.

Av sykepleierne som oppga å ha opplevd diskriminerende eller hatefulle ytringer fra en pasient, svarte rundt to av tre at de ikke hadde varslet om hendelsen. Det var flere grunner til dette, både at de mente at pasienten ikke kunne holdes ansvarlig for sine handlinger, at de selv mente det ikke var noe å varsle om og at de ikke trodde det ville bli tatt tak i (Bergsagel 2020).

Lindheim (2022) har undersøkt håndtering av trakassering, diskriminering og rasisme mot ansatte på tre ulike sykehjem. Her kommer det frem at slike opplevelser primært kommer til uttrykk som hatefulle ytringer eller at beboerne uttrykker en preferanse for pleiere med majoritetsbakgrunn. Studien viser videre at ledere ved sykehjemmene antok at eksisterende rutiner ville fange opp slike opplevelser, men at pleiere som opplever dette, i stor grad lar være å rapportere eller si ifra. Grunner til dette er blant annet at de mener at det er en del av deres yrkesrolle å ikke reagere og fordi de er redde for at det å si ifra skal gå utover jobbsituasjonen deres, for eksempel ved at de ikke får vakter.

I mange tilfeller kan også diskrimineringen være svært subtil, slik at det er vanskelig å sette fingeren på noe konkret pasienten har sagt eller gjort. Negative holdninger eller fordommer mot helsepersonell med innvandrerbakgrunn kan i slike tilfeller uttrykkes gjennom kroppsspråk eller andre indirekte måter å uttrykke seg på som kan være vanskelige å konfrontere eller melde fra om. Mer direkte former for rasisme eller diskriminering, derimot, kan være enklere å håndtere (Orupabo m.fl. 2022).

Opplevelser av rasisme og diskriminering er i utgangspunktet ubehagelige og belastende. Flere studier viser at helsepersonell legger stor vekt på pasientrettigheter, herunder pasientens rett til selvbestemmelse, samt at pasienten er den «svake part» i relasjonen. Helsepersonells profesjonsidentitet kan i mange tilfeller utgjøre et hinder for å reagere på det som har skjedd, konfrontere pasienten eller melde fra til ledelse (Orupabo m.fl. 2022; Lindheim 2022; Fangen og Paasche 2012).

Også hierarkiene i helsevesenet kan påvirke hvor utsatt helsepersonell er for diskriminering og rasisme og hvordan de håndterer slike situasjoner. For eksempel har enkelte pekt på at helsepersonell som er unge og i starten av karrieren eller som fortsatt studerer, kan bli utsatt for rasisme både i møte med veiledere, kollegaer og pasienter når de er i praksis (Almashhadani og Spjeldnæs 2024).

Det å oppleve diskriminering og hatefulle ytringer i jobbsammenheng kan ha negative konsekvenser for dem som utsettes. I Sykepleiens undersøkelse oppgir sykepleiere som har opplevd dette, konsekvenser som vedvarende ubehag (24 prosent), tanker om å slutte i jobben/yrket (23 prosent), følelse av utslitthet (21 prosent), symptomer på angst (13 prosent), symptomer på depresjon (12 prosent) og sykemelding (åtte prosent). I tillegg er det sju prosent som sier de har byttet arbeidssted, tre prosent som har byttet avdeling og to prosent som har sluttet som sykepleier (Bergsagel 2020).

Studier har vist at selv på arbeidsplasser der rasisme rettet mot ansatte med minoritetsbakgrunn fra pasienter og pårørende er en kjent utfordring, blir dette i liten grad fulgt opp eller tatt tak i på en systematisk måte. De som utsettes, får varierende grad av oppfølging (Lindheim 2022; Debesay 2022). Samtidig finnes det flere eksempler der arbeidsplasser tar grep for å forebygge og håndtere tilfeller der ansatte opplever rasisme og diskriminering fra pasienter og pårørende (se for eksempel Wiig 2023; Hofstad 2023).

3 Pasienters erfaringer med rasisme og diskriminering

I del 3.1 til 3.5 i dette kapitlet presenterer vi funn og gjengir eksempler fra våre intervjuer med pasienter og pårørende. I intervjuundersøkelsen snakket vi med pasienter med innvandrerbakgrunn som selv hadde erfart rasisme og diskriminering i møte med det norske helsevesenet. Noen av informantene fortalte i tillegg om erfaringer som familiemedlemmer og andre bekjente har hatt. Et par av informantene har stilt til intervju først og fremst som pårørende og fortalt om rasisme og diskriminering rettet både mot deres nærstående, som har vært pasient, og rettet mot dem selv i rollen som pårørende.

Vi presenterer videre (i del 3.6) hvordan informantene har håndtert opplevelsene. Til slutt (i del 3.7) beskriver vi hva pasienter og pårørende forteller om konsekvenser av å oppleve rasisme og diskriminering i møte med helsepersonell.

3.1 Ikke tatt på alvor

Opplevelser av ikke å bli tatt på alvor i møte med helsevesenet, er det mest gjennomgående temaet i intervjuene med pasienter. Mange ulike pasienter og pasientgrupper kan være sårbare for opplevelser av ikke å bli tatt på alvor av helsepersonell, så slike erfaringer gjelder ikke bare personer med minoritetsbakgrunn. Når pasienter i vårt materiale beskriver situasjoner der de opplever ikke å bli tatt på alvor, uttrykker flere usikkerhet knyttet til hvorvidt det faktisk er rasistiske eller fordomsfulle holdninger som ligger bak. Noen gir uttrykk for tvil, mens andre opplever at følelsen av ikke å bli tatt på alvor, henger sammen med rasisme eller diskriminering og deres minoritetsbakgrunn.

Erfaringene de forteller om, kan forstås som mulige uttrykk for rasisme og diskriminering, men også som uttrykk for minoritetsstress. Enkeltstående erfaringer med uheldig pasientbehandling kan tolkes i lys av tidligere opplevelser med diskriminering og som del av et mønster.

Flere av pasientene opplever at de må anstrenge seg mer enn andre for å bli hørt, trodd og tatt på alvor i møte med helsetjenestene. Samtidig bruker mange energi på å vurdere årsakene til at de ikke blir trodd, og i hvilken grad dette skyldes helsepersonellens holdninger.

Ikke å bli tatt på alvor knyttes til flere forhold, som at pasientene opplever at lege, sykepleier eller annet helsepersonell ikke tror på det de forteller om smerter og plager. Pasientene blir i stedet møtt med holdninger som antyder at de overdriver – eller at smerten er «kulturelt betinget».

Ikke å bli tatt på alvor handler også om at pasienter opplever at helsepersonell ikke forholder seg til eller leser det som står i pasientens journal eller lytter til det pasienten forteller om egen helse og sykdomshistorikk. Enkelte informanter har opplevd at helsepersonell ikke vil se på pasientenes journaler og tidligere dokumenterte helsehistorikk. De opplever at helsepersonell ikke lytter til det pasienten selv forteller om egen helse.

En kvinne opplevde at norsk helsepersonell hadde fordommer om det amerikanske helsevesenet og ikke forholdt seg til medisinsk dokumentasjon derfra, om hennes helse. Hun mener at hun ikke ble tatt på alvor av legene fordi hun har bakgrunn fra USA.

But they just completely disregarded genetic testing. And prescribed drugs that I can't metabolize and that caused almost a year of health problems. [...] He [legen] completely ripped me off, but he didn't even trust my medical records.

You know, even when I told her things like «I have high blood pressure», she wouldn't believe me. She never measured my blood pressure really.

So yeah, my nationality was referred to frequently, even when the medical records aren't from the US. (pasient)

En annen kvinne opplevde at legene ikke trodde på diagnosen hennes. Hun brukte store beløp på å få tilsendt sin journal og sykdomshistorikk fra hjemlandet og fikk oversatt dokumentene fra sitt morsmål til norsk. Hun forteller at legene likevel ikke ville forholde seg til dokumentasjonen hun skaffet dem.

Jeg har epilepsi, jeg ble født med epilepsi, men jeg var uten medisiner en periode, for jeg var uten anfall, noe som er helt normalt. Men så plutselig begynte jeg å få anfall, da begynte noen utfordringer. Ingen trodde på at jeg hadde epilepsi for jeg hadde ikke noe om det i journalen her. De sa jeg måtte hente alt fra [hjemland] for å bevise jeg hadde epilepsi. Og jeg fortalte at min epilepsi var så lav og plassert et sted i hjernen som gjorde at de kunne ikke komme så fort i EEG. De trodde ikke på det. Så jeg måtte bruke utrolig mye penger på å oversette journalen min, sider og sider, fra [hjemland] og levere til [sykehus] og de leste aldri det. Aldri. Jeg oversatte og det kostet meg du aner ikke hvor mye penger å få dette til.

Jeg var innlagt når jeg fikk anfall og jeg begynte å få ekstremanfall fordi jeg var uten medisiner, «nei du drømmer, du har ikke epilepsi». Jeg sa «jeg har dokumentasjon som viser hvorfor det kommer ikke i EEG-resultat, jeg har oversatt det, det tok mange år også i [hjemland] det er dessverre den type epilepsi jeg har. De sa «nei, du er depriment, det er på grunn av at du er her», og så frem og tilbake (pasient).

Kvinnen forteller videre at hun ved et annet tilfelle var innlagt på sykehus med sterke smerter i magen. Hun opplevde igjen at legene ikke forholdt seg til journalen hennes og ikke leste seg opp på tidligere undersøkelser.

Hun hadde selv tanker om hva som kunne være årsak til smertene, både på bakgrunn av kunnskap fra tidligere studier og utfra hvordan hun kjente sin helsehistorikk.

Og jeg visste det og hadde studert, du skal medvirke til diagnosen og de skal spørre pasientene, du skal bli hørt og lyttet på. De gjorde det ikke med meg. (pasient)

Hun nådde ikke gjennom til legene i løpet av fire dagers innleggelse, men fikk nedlatende kommentarer om at hun ikke var helsepersonell og ikke kunne forstå. Til slutt valgte hun å forlate sykehuset, til tross for store smerter. Hun endte opp med å oppsøke helsehjelp og behandling ved en privat klinikk i Norge og i utlandet.

I ettertid mottok hun et brev fra ansvarlig overlege ved avdelingen på sykehuset, med en beklagelse og erkjennelse av at behandlingen hun hadde fått, ikke var god nok, og at antakelsene hun hadde hatt om hva som var galt, stemte.

Mistrodd på smerter

En av informantene forteller at hun mistet lillesøsteren sin som konsekvens av at lege og helsepersonell ikke trodde det hun fortalte om smertene sine. Søsteren beskrev sine plager gjentatte ganger, men fikk beskjed om å «ta movicol og trene».

Hun klaget på smerter hos fastlegen. Man blir mistrodd for å ville ha sykemelding. Man har jo så mange sykedager i løpet av året, det er ikke det det handler om.

Hun mistet livet for ingenting. Hvis de hadde tatt henne på alvor og henvist henne videre, da kunne de funnet ut for lenge siden at denne jenta hadde kreft. Men ingen tok henne på alvor. [...] det var brudd på lov, pasientlov, det var brudd og de har ikke hørt på jenta til hun døde. (pårørende)

En kvinne forteller at sønnen, som har vært mye syk, gjentatte ganger fikk beskjed av legen om å drikke vann. En natt våknet han med høy feber og moren ringte legevakten, men ble ikke tatt på alvor. Hun ringte derfor en venn som jobber som taxisjåfør og fikk ham til å frakte sønnen til sykehus. Der fikk de beskjed om at sønnen kunne ha dødd om de hadde kommet noe senere. Sønnen ble innlagt på sykehus i ni dager.

En annen informant opplevde at den voksne datteren hennes ble henvist fra legevakt til sykehus på grunn av store smerter i magen. Legene fant ikke ut av hva som var galt og ville sende henne hjem. De hadde ikke gjort noen undersøkelser, men spurte likevel om datteren kunne greie å ta seg hjem. Moren nektet dem å sende datteren hjem. Dermed ble datteren henvist til gynekolog. Gynekologen fant blodkoagler i bukhulen og flere cyster. Datteren ble da umiddelbart sendt til operasjon.

Det var en cyste som hadde sprukket og tømt seg i magen, de tømte en liter blod fra bukhulen, hvis de hadde sendt henne hjem, og cyste to hadde sprukket hjemme, vet jeg ikke om jeg fortsatt ville hatt datteren min. Jeg var så forbannet. Er det diskriminering å ikke bli hørt? Jeg vet ikke, ville det vært det samme hvis det var en norsk jente som lå der? Ingen trodde på hun. På det som hun sa. Det var ingen undersøkelse, det var bare snakking.

Flere informanter forteller om vanskelig dialog med fastlegen og legevakten.

Han er lei legen, han sluttet å gå, han blir ikke hørt, klager ikke, han føler han er i kamp med fastlege. Han sa «det er forferdelig å være syk i dette landet». Han blir ikke trodd av fastlegen. (pårørende)

En kvinne forteller at hun opplevde å falle oftere og oftere. Hun oppsøkte fastlegen for undersøkelse, men ble ikke tatt alvorlig.

Jeg hadde begynt å falle på isen. [...] Jeg hadde slått hodet, jeg hadde falt på isen og jeg hadde en hund og jeg måtte gå på tur og jeg datt og datt og jeg hadde vært to, tre ganger til legevakten, for jeg hadde slått meg så hardt. Jeg gikk til legen og sa dette er noe som er feil. Det går ikke, jeg detter hele tida. Jeg var bekymret for jeg slo meg så mange ganger i hodet og jeg tenkte er det [sykdom] som har utviklet seg? Mister jeg bevissthet? Jeg ville undersøke det.

Og han sa, «nei, kjære deg, alle innvandrere faller på isen. Det er det det er. Det tar tid å lære seg å gå på isen.»

Og jeg bare så på ham og sa «ok, hva gjør jeg?» «Ta deg en ferie». Og jeg var sliten. Jeg hadde vondt i kroppen og jeg følte meg veldig tung, og tung i beina, som en vekt eller vann i beina. Jeg ville undersøke, så de testa ingenting. Han sa det var depresjon igjen og at jeg måtte dra på ferie og selvfølgelig, Paracet fikk jeg. Eller Ibuprofen var det. Du får det for alt. (pasient)

Under et utenlandsopphold kort tid etter, oppdaget helsepersonell der en skade i beinet hennes. Beinskaden viste seg å være årsaken til fallene kvinnen hadde opplevd. Ettersom skaden hadde eksistert over lengre tid og skulle vært behandlet i Norge, kunne ikke behandlingen dekkes av kvinnens reiseforsikring. Hun fikk store utgifter knyttet til behandling og et utvidet utenlandsopphold.

I intervjuene med helsepersonell fremkom også historier om pasienter som blir mistrodd. Flere har observert at pasienter med innvandrerbakgrunn ikke blir trodd når de forteller om smerter. En lege gjengir en hendelse med sin kollega:

En yngre etnisk, norsk kollega sa til meg at når han skulle behandle en pasient med somalisk bakgrunn, så fikk han beskjed fra overlege om å «ta smerten og del den i to, ikke gi så mye medisiner, de overdriver» Dette er holdninger som læres bort til yngre leger, så påvirker dette deres behandling. (lege)

En annen informant fra helsevesenet forteller om en pasient som uttrykte store smerter.

Hun hadde mye smerter i låret. Hun overhørte sykepleier si «Dette kan ikke stemme – det må være kulturelt betinget». Hun hadde tatt røntgenbilde som ikke viste brudd, men hun hadde så mye smerte. Likevel kunne de ikke tro på hun, for røntgenbildet viste ikke, og hun ble utskrevet fra sykehuset. Det gikk ikke så lang tid, da de kom hjem, det var ikke mulig, det var så gale, de gikk tilbake på sykehuset – og hva skjedde? Det ble tatt en MR på en annen avdeling, og hva fant de? En tumor som lå og klemte en nerve. (...) Nervesmerter er det verste man kan få, men hun ble ikke trodd og ble utskrevet. (sykepleier)

Pasientene som forteller at de ikke har blitt tatt på alvor, har reagert på ulike måter. Noen har byttet fastlege en rekke ganger. Andre utsetter å oppsøke helsehjelp og venner seg til å leve med smerter. Mange forteller også om venner og bekjente som venter med å oppsøke helsehjelp, til de skal reise til utlandet eller til hjemlandet sitt.

Der kan de gå privat, og kanskje betale litt ekstra, men i hvert fall føle at her har jeg blitt hørt. (sykepleier/ pårørende)

En del pasienter opplever at smertene og plagene deres blir bagatellisert av helsepersonell. De forteller at de får råd som «drikk vann», «få deg sol», «ta deg en ferie» når de har reelle helseutfordringer som krever behandling. En kvinne forteller at hun oppsøkte fastlegen fordi hun i lengre tid hadde følt seg sliten. Fastlegen sier at hun er sliten fordi hun har så mange barn og har så mye å gjøre. Kvinnen må be om å bli undersøkt og om at det tas en blodprøve av henne. Prøvesvarene viser vitaminmangel.

Å bli trodd når man har smerter og plager er avgjørende for tillit til behandler og til helsevesenet. Når pasienter blir møtt med interesse og blir tatt på alvor, vil kommunikasjonen få frem viktig informasjon om symptomer og plager, og man vil kunne unngå misforståelser mellom pasient og helsepersonell. Å legge til rette for god kommunikasjon med pasient og pårørende er uansett helsepersonellens ansvar.

3.2 Språk og kommunikasjon

Dårlig kommunikasjon og språkbarrierer er et sentralt tema for informantene. Språkbarrierer kan være årsak til misforståelser og bidra til mangelfull behandling. I tilfeller der helsepersonell og pasient ikke kan kommunisere og forstå hverandre, skal tolk benyttes for å sikre gode og likeverdige tjenester for pasienten. Som pasient har man rett til informasjon om helse, sykdom og behandling på et språk man forstår.⁹ Flere informanter, både helsepersonell og pasienter, forteller imidlertid at bruken av tolk er nedprioritert og tilfeldig.

De lar være å bruke tolk fordi tolk koster så får ikke folk informasjon og kan bli dårligere og sykere. (sykepleier)

Flere pasienter forteller at de både har fått og ikke har fått tolk ved legetimer. En kvinne har erfart at en tolk var til stede, men tolket feil. Det fikk uheldige konsekvenser for behandlingen hun mottok.

En annen pasient trekker frem at selv om tolk benyttes i selve konsultasjonen, er mye av dialogen med helsevesenet skriftlig, og all dokumentasjon, som epikrise og

⁹ Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv. (tolkeloven)

<https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2021-06-11-79>

Tolk i helsetjenesten <https://www.helsenorge.no/rettigheter/tolk/>

journaler, er skrevet på norsk. Det er vanskelig for pasienten å lese og forstå informasjon om undersøkelser og prøvesvar. Slike erfaringer kan forstås som et eksempel på indirekte diskriminering og mangel på likeverdige helsetjenester. Språklige barrierer er en sentral utfordring i utformingen av likeverdige tjenester til en mangfoldig befolkning. Samtidig er oversettelse av informasjon både komplisert og ressurskrevende (se blant annet Sand og Thaulow 2022).

En del informanter opplever at språket står i veien for god behandling og god kommunikasjon med helsepersonell. Flere forteller at de blir snakket til på norsk også når de har bedt om å få informasjon på engelsk. En kvinne opplevde det frustrerende at legen kun ville snakke til henne på norsk i konsultasjon før fødsel. Hun følte seg sårbar og nervøs og hadde stort behov for informasjon og trygghet. Hun beskriver at hun følte seg irettesatt da hun ba legen om å bruke enkle ord på norsk, slik at hun kunne forstå.

When I was telling her, you know, please use just a very like simple words, you know? And so she's like, "you know, you'll have to eventually learn Norwegian, when she [barnet] starts barnehage.

So it's almost like, OK, I guess I have to make her comfortable. But I'm also uncomfortable at the same time. (pasient)

Pasienten opplevde at legen var usikker på å bruke engelsk selv, og følte at hun måtte forsøke å snakke norsk for å gjøre legen komfortabel. Samtidig ble hun selv satt i en ubehagelig situasjon av legen.

En kvinne i vårt materiale har hatt flere negative møter med helsevesenet. Hun ser at språkkunnskap og misforståelser i kommunikasjonen kan være med på å gjøre møtene vanskelige. Hun opplever imidlertid at mye også handler om helsepersonells innstilling og ønske om å forstå:

En del kan være språk, men en del er også hvor åpne legene er til å forstå det og respektere det innvandrere sier. (pasient)

Hun peker på legers og helsepersonells ansvar for å gjøre sitt beste for å oppfatte det pasienten formidler, vise interesse og bestille tolk ved behov.

3.3 For lite informasjon

Å navigere i helsevesenet kan oppleves overveldende som pasient. I situasjoner preget av sykdom, plager og smerter er behovet for tilpasset og tilstrekkelig informasjon særlig stort. Når pasienter opplever å få for lite eller utilstrekkelig informasjon fra helsepersonell, kan det skape usikkerhet, frustrasjon og en følelse av maktesløshet. Mangel på informasjon om sykdommen, behandlingsforløpet og hvordan helsepersonellet vurderer pasientens helse, er utfordringer som flere informanter forteller om.

Mangelen på informasjon kan oppleves ulik avhengig av hvem man er, og hvilke forutsetninger man har som pasient. Mange informanter opplever å få for lite informasjon i kommunikasjonen med helsevesenet. For flere er det vanskelig å vite om informasjonsmangelen er knyttet til «norsk kultur» eller om det handler om diskriminering basert på etnisk bakgrunn.

Informantene forteller at de hadde ønsket mer informasjon om sin sykdom, behandlingsmuligheter og behandlingsstedet de henvises til. Enkelte har fått utskrevet medisiner uten informasjon om hva de har fått resept på, eller informasjon om mulige bivirkninger å være oppmerksomme på.

En kvinne forteller at hun har vært mye ut og inn av sykehus uten å få forklaring på hva som feiler henne. Hun har oppsøkt lege flere ganger på grunn av smerter, men ikke fått

informasjon om legens vurdering. Den lille informasjonen hun har fått, har vært på norsk, og det har hun ikke forstått.

Flere informanter oppgir at de har lest informasjon i sine journaler som de ikke kjenner seg igjen i, og en del pasienter opplever å få avvisende svar når de stiller spørsmål for å få mer informasjon.

To kvinner forteller om for lite informasjon i forbindelse med keisersnitt. Den ene kvinnen ba om informasjon på forhånd, men legen ville ikke gå inn på temaet med henne.

“I’m not gonna go over that with you right now”. She wouldn’t tell me how they would deal with it, and so, she’s like, “We’re not discussing that with you”. And it made me feel like, OK, I wasn’t supposed to ask questions. And so you’re – you don’t feel like you’re a part of what’s actually going to happen to you in the hospital, you know? (pasient)

Den andre kvinnen opplevde å få altfor lite informasjon både før og etter fødsel og keisersnitt.

Jeg fikk vite ingenting om hva som var galt, hva skjedde, hvorfor skulle jeg til hastekeisersnitt, jordmor byttet kjolen min. De trillet senga til operasjonssal. Det var mangel på informasjon. (...) Jeg følte at det var ingenting ble sagt til oss, det er kroppen min, det er barnet mitt. I fødebrevet mitt står det at jeg snakker norsk og forstår norsk. Selv om det kan være at jeg må finne noen ord, men jeg forstår når folk snakker. Og jeg snakker også engelsk. Så de kunne bare snakke til meg. Men det var ingenting. Så det var stressende for meg. Det ble veldig vanskelig. En opplevelse jeg ikke hadde ønsket meg. (pasient)

En pårørende presiserer at god oppfølging og tilstrekkelig informasjon er forbeholdt de som «skriker høyest». «Hvis du ikke spør, får du ikke informasjon». Det å kunne spørre og be om informasjon og legenes vurderinger oppleves ikke like tilgjengelig for alle. En annen pårørende erfarer at det å stille spørsmål ikke ble tatt godt imot av helsepersonell.

Det er nærmest sånn jeg opplevde det da jeg var pårørende, fordi at jeg var veldig kritisk til hvordan de behandlet [familiemedlem]. Jeg kunne stille spørsmål, sånn OK, hvorfor velger dere å gi den behandlingen nå? Hvorfor liksom ønsker dere gi han den dosen der, han reagerte på den dosen sist? Hvorfor velger dere da å gi han den en måned etterpå? At jeg var veldig kritisk, ikke sant? Eller jeg er ikke veldig kritisk, men altså, hvis jeg hadde snakket om dette her med Grete og Per på Frogner i Oslo, er jeg veldig sikker på at de har sagt at «ja, men dette er jo helt vanlig, sånn skal jo man selvfølgelig spørre, man skal jo spørre legen, for de er vant til å dosere og det og det».

Men, dessverre, så er det ikke et faktum eller tilfellet for veldig mange innvandrere her, særlig på Stovner i Oslo, Grorud og Mortensrud og disse østlige bydelene i Oslo, fordi, ikke sant, man går tilbake til sosioøkonomiske utfordringer, og folk har gjerne ikke høyere utdanning, i hvert fall ikke den eldre garden, har språkbarrierer, og ikke nok med det – det er kulturelt å respektere legen, egentlig veldig høyt, ikke sant? I [opprinnelsesland] så er det sånn. Du skal ikke si noe til legen. Legen har rett. [...]

Og det er litt det der jeg – tilbake til at jeg oppfatter det som at når jeg stilte spørsmål, så var det en trigger for dem [helsepersonell]. Litt sånn «hei, sett deg ned», liksom, «ikke kom her og still oss spørsmål.»

Det ble, følte jeg, at de nærmest så på meg som problematisk, ikke sant? At det er nærmest ikke rom for å være ressurssterk hvis du har minoritetsbakgrunn. Det er på en måte noe som er, det er rom for det, men de klarer ikke alltid å svelge det. (pårørende)

Flere informanter forteller at de har savnet mer informasjon i møte med helsepersonell. De beskriver at de ofte blir møtt med korte eller avvisende svar, noe som skaper forvirring og usikkerhet. Noen opplever at uvilje mot å gi mer og bedre informasjon kan

være knyttet til deres etniske bakgrunn. Andre informanter er usikre på om det er dette som ligger til grunn for at de ikke får informasjonen de ønsker.

3.4 «Her i Norge»

En del av pasientene vi har snakket med, opplever at de blir snakket ned til og forklart hvordan det er «her i Norge», i møte med helsepersonell. Flere informanter, som både har kommet til Norge selv og som er født og oppvokst i Norge, opplever enkelte helsepersonell som nedlatende og belærende. Fordommer og stereotypier om andre land og nasjonaliteter kommer til uttrykk i helsepersonells kommentarer til pasientene.

«Nå er du i Norge, nå må du lære deg hvordan det fungerer i et sivilisert samfunn» (pasient refererer lege)

«This isn't the US. We don't give out opioids like it's candy» (pasient refererer lege)

Pasienter møter holdninger om at det norske helsevesenet er overlegent andre lands helsevesen. Mange informanter opplever dessuten at helsepersonell og etnisk norske bekjente ikke vil høre om eller ikke tror på informantenes negative erfaringer med norsk helsevesen. De opplever at det ikke er rom for å kritisere det norske helsevesenet og systemet. En pasient fortalte sin fastlege om en ubehagelig opplevelse i møte med en offentlig tjeneste og opplevde da at legen hennes mistet sin profesjonalitet.

Når de hører kritikk om eget land og system så forsvinner den profesjonelle avstanden. Som for eksempel den legen, med en gang det var noe kritikk mot Norge, ble veldig personlig og klarte ikke være profesjonell lenger. (pasient)

Holdningene gjenspeiles videre i enkelte helsepersonells manglende interesse for forskning fra utlandet eller manglende tillit til utenlandsk helsepersonells vurderinger.

Den selvgodheten, «vi er best», vi er best i verden, det betyr automatisk at alle andre land er dårligere, nordmenn må sette mer pris og innse at de bruker ting som er laget av andre. (pasient)

Pasientene opplever tidvis at de blir sett på som annerledes og plassert utenfor det norske systemet, som noe de må introduseres for og «lære seg».

En pårørende husker tilbake til et nært familiemedlems sykehusopphold. Han beskriver en samtale med to overleger som ville ha et møte med de pårørende.

«Dere skjønner, i Norge, så er det veldig vanlig at man liksom følger de tidspunktene som er satt for besøk.» Altså, ikke sant? Se for deg at du er sårbar og så kommer det to hvite leger som skal sitte der og fortelle deg at «i Norge» så har vi det og det. Og så ser jeg på han, [...] og jeg bare «hei» jeg bare liksom, «Hva faen er det du sier til meg «i Norge?»» Jeg bare «Hvorfor sier du til meg «i Norge?» [...] «Liksom jeg er født og oppvokst her, ikke kom her og fortell meg «i Norge». Hva mente du med å si «i Norge»? Jeg vet at jeg er i Norge, hvorfor forteller du meg det?» (pårørende)

Når helsepersonell påpeker hvordan det er «her i Norge», opplever pasientene at de står utenfor og behandles ulikt sammenlignet med andre pasienter.

3.5 Negativ behandling

Det er mange eksempler på ufin behandling i pasientenes erfaringer, og i det følgende har vi samlet noen av disse erfaringene. En gjennomgående erfaring handler om at helsepersonell opptrer uvennlig og avvisende overfor pasienter med innvandrerbakgrunn.

Her gjengir vi igjen erfaringer som også kan forstås som eksempler på dårlig pasientbehandling. Pasientene nevner erfaringene når de blir spurt om opplevelser med rasisme og diskriminering, men flere er usikre på motivasjonen som lå bak handlingene eller ytringene fra helsepersonellet side. De opplever selv at deres innvandrerbakgrunn er årsak til opplevelsen, men sier at de «kan ikke vite». Vi har inkludert erfaringene fordi de nettopp demonstrerer ubehaget og usikkerheten knyttet til slike opplevelser. Det er sjelden mulig å bevise intensjon om rasisme eller diskriminering. Den er ikke nødvendigvis bevisst hos avsenderen, heller. Eksempelene demonstrerer hvordan rasisme og diskriminering kan komme til uttrykk på utdelige og skjulte måter med uklar intensjon. De viser også at tidligere erfaringer kan farge og påvirke at utsagn og handlinger tolkes som rasisme og diskriminering.

En kvinne beskriver en belastende hendelse under et opphold på en barselavdeling. Hun forteller at hun våknet om natten av babyens gråt og dro i tilkallingssnoren for å be om hjelp. På grunn av operasjonssår var hun ikke i stand til å reise seg fra sengen og løfte opp babyen selv. Kvinnen hadde sin partner med seg i rommet, men han sov. Ifølge kvinnen var responsen fra sykepleieren som kom, svært lite imøtekommende:

Så kom sykepleieren og kjeftet på meg. Hun kjeftet på meg. Hun sa til meg nå er mannen din ved siden av meg, det er han som er ansvar for å hjelpe meg, hvis ikke kan han bare dra hjem. Hun bare kjeftet på meg: «Jeg vil ikke gjøre det, det er mannen din sitt ansvar å skifte bleie, hvis han ikke klarer det, må han hjem.» Og så lukket hun døra og dro. (Pasient)

En annen kvinne var innlagt på et sykehus i flere måneder i forbindelse med et større kirurgisk inngrep. Hun beskriver at enkelte sykepleiere viste omsorg og empati, mens andre fremsto fiendtlige og respektløse. Hun forklarer:

«Noen sykepleiere er snille og spør hva jeg vil, hva jeg trenger. Men andre har ingen respekt, de blir stående ved døra og spør: 'Hva vil du?'. For eksempel, jeg trenger hjelp, jeg ringer i ringeklokka. Med en gang jeg ser hvem det er, blir jeg lei meg.» (Pasient)

Kvinnen beskriver hvordan enkelte sykepleiere møtte henne med en autoritær og avvisende holdning. Sykepleieren kunne stille seg opp i døra med hendene i siden, og si «hva vil du?» I stedet for å komme bort til henne, holdt de en demonstrativ avstand til pasienten. Kvinnen forteller videre at fra noen sykepleiere fikk hun fine svar, men andre «gidder ikke svare».

Jeg ser i ansiktet, på kroppen – [sykepleieren] står her [langt unna]. Jeg tenker [at hun tenker] «du er svart». (pasient)

Hun forteller at de ubehagelige møtene fikk henne til å slutte å trekke i tilkallingsnoren. Hun sluttet å be om mat og drikke, for å unngå sykepleieren. Hun sluttet å spise fordi hun ville ikke være til bry.

Jeg gråt i fire dager. Gammel dame på samme rom, mitt hode husker og jeg gråt. Hun spurte meg «hvor bor du og har du barn?» Jeg sa «jeg bor i byen, jeg har fem barn». Hun sa «hvorfor spiser du ikke og drikker du ikke, du må spise og drikke». I to måneder, hun sa «hvorfor». «Jeg vil ha mat, men denne mennesker [sykepleier] jeg vil ikke. (pasient)

En pårørende forteller om vonde erfaringer i forbindelse med et familiemedlems sykehusinnleggelse. Hun beskriver at hun hørte legene diskutere hvorvidt hennes kreftsyke søster skulle få sondeernæring i løpet av sin korte forventede levetid.

Når hun ble overflyttet til smerteklinikken, så sier de, legen hadde skrevet, hun må gå på , og jeg har den inni hodet mitt, jeg ser for meg, jeg hører den stemmen inni hodet mitt opp til nå, «ja, men det er veldig dyrt med sondeemat, hvorfor skal hun få det?» Er ho ikke menneske? Hva med sånne som er 80, 90 år som har sondeemat som vi gir hver dag? Det ble en stor diskusjon og legen var så uhøflig, hun mente at den maten var så dyr, at jenta kunne ikke få det. Men hallo? Ho har jobba her også. Ho har betalt skatt også. Selv om ho har ikke betalt skatt, hva med menneskerettigheten at du behandle pasient i første omgang? Hun ble ikke tatt på alvor. Hun fikk ikke den sondeemat. Legen mente det var for dyrt for henne. Hun døde, det tok ikke så lang tid, hun døde, de nektet å gi henne det. (pårørende)

Den pårørende husker denne hendelsen som at årsaken til at søsteren ikke fikk sondeemat, hovedsakelig var at sondeemat er dyrt. Hun tolket det også som at søsterens minoritetsbakgrunn spilte inn i beslutningen. Dette er den pårørendes opplevelse av situasjonen, og det er vanskelig å vite hva som lå bak. Den pårørende beskriver et sykdomsforløp der søsteren flere ganger ikke ble tatt på alvor, og dette kan også ha preget hennes tolkning av denne situasjonen. Uavhengig av hva som ligger bak, fremstår det som tydelig at pasienten og den pårørende ikke ble godt nok informert eller involvert i beslutningen.

Forskjellsbehandling

Flere pasienter forteller at de har kunnet sammenlikne behandlingen de har mottatt med behandlingen som andre pasienter på samme rom har fått. Sammenlikningene har synliggjort betydelige ulikheter i hvordan helsepersonell forholder seg til ulike pasienter. Flere beskriver at medpasienter har blitt møtt med mer respekt og omtanke. Pasientene legger merke til forskjeller i måten helsepersonell kommuniserer på – hvordan de snakker med og lytter til pasientene og opplever at helsepersonell fremstår mer profesjonelle og skjerpede i møte med etnisk norske pasienter.

De var to på et rom, og den andre ble snakket fint til, men hun blir snakket ned til. (pasient/ pårørende)

Du kunne se forskjell, du sitter i en sal med to, tre andre personer. Du ser forskjellen. Du kan sammenlikne hvordan du bli behandlet mot andre. Det var også det jeg reagerte på. Du kan si de gjorde ikke en ordentlig jobb, men det spilte en rolle hvem jeg var. (Pasient)

Jeg har sett liksom hvordan de kunne oppføre seg mot etniske norske pårørende også, [...] at det var liksom en annen måte for dem å, hva skal jeg si, stille opp for dem på, på en måte. (pårørende)

[...] leger, når de møter «Abdi», eller når de møter «Per og Kari» fra vestkanten i Oslo, eller generelt etniske nordmenn som har høyere utdanning, så er de langt mer skjerpet. De kommer inn på legevisitt og er langt mer skjerpet, og har en helt annen tone, versus når de møter Abdi fra Somalia fra Stovner. Når de kommer på rommet. Det er helt sant. Det er tilfellet (pårørende).

Flere av pasientene har etnisk norske ektefeller og forteller at de blir snakket annerledes til når ektefellen er til stede.

Manglende hensyn til religiøse og kulturelle forhold

Pasienter med bakgrunn fra andre land, kulturer og religioner kan ha særskilte behov og ønsker i forbindelse med opphold ved helseinstitusjoner. Det kan handle om forhold knyttet til hygiene, stell, tilberedning av mat og pårørendes tilstedeværelse. For en del kan det være ønskelig at familie er tett involvert i omsorgen for pasienten. Et slikt

ønske kan bli møtt med irritasjon fra helsepersonell, som kan gi uttrykk for at de opplever involveringen som uvant og forstyrrende. Enkelte pasienter og pårørende opplever konflikt mellom kulturelle og religiøse ønsker og helsepersonells vilje eller mulighet til å imøtekomme ønskene.

En pårørende forteller om en sykepleier som kom med nedsettende kommentarer knyttet til antallet besøkende familiemedlemmer til en pasient.

Se for deg en korridor, og så kommer det liksom åtte stykker gående [...], hvor den ene [sykepleieren] var sånn, kom bort til meg, bare «jeg skjønner ikke hva greia er. Hvorfor er det sånn at dere – hun sa det rett ut, altså jeg, jeg skjønner ikke – hvorfor er det sånn at dere muslimer og utlendinger alltid skal komme så mange, liksom? Hva er greia med det? Er det fordi dere ikke har noe bedre å gjøre?» sier hun til meg. (pårørende)

Informanten forteller at han måtte ta sykepleieren ut av pasientrommet og forklare henne at det kulturelt og religiøst oppfattes som en plikt å besøke syke nærstående. Han opplevde det som svært uheldig at sykepleieren kom med kommentaren foran pasienten. Han opplevde det også som uprofesjonelt og upassende at sykepleieren antydte at de besøkende ikke har noe bedre å gjøre.

Enkelte pasienter trekker frem forhold knyttet til tilberedning av mat og kostholdshensyn. Enkelte har opplevd manglende tilbud om halalmat eller ikke fått informasjon om hvordan de kan sikre et halal eller vegansk tilbud under sykehusopphold. En pårørende opplevde at hygienehensyn ikke ble imøtekommet knyttet til halal tilberedning av mat.

Og så husker jeg, at det var et par ganger at vi opplevde at når [familiemedlem] fikk brødsriver, så var det liksom spor av altså, det var ikke paprika en gang, men det var liksom sånn der spor av noe annet, noe sånn rødt. Så jeg skjønnte liksom ikke ofte hva det var. Så en gang gikk jeg når jeg så at hun, det var alltid hun ene sykepleieren, en eldre dame. Så dro jeg en gang og så ser jeg liksom at hun blander bestikk. Skjønnte du? At du bruker samme bestikk for alt, at du hvis det ligger sånn pepperoni på brødsriver eller salami? Jeg er ikke så flink på de greiene, men ja, salami, så hun liksom putta samme gaffel, ikke sant, og så bruker du det til å putte på ost og sånt, så så jeg henne gjøre det for [familiemedlem].

[...] Og så går det jo fra det til at hun begynner å si at «dere krever så jævla mye, muslimer skal ha alt på stell. Ikke nok med at dere skal komme her og få den vanlige behandlingen, men dere skal alltid ha noe ekstraordinær behandling. Vi er så drittlei av dere» og hun begynte å snakke sånn, da. (pårørende)

Fordommer og antakelser

I intervjuene fremkommer en rekke eksempler på helsepersonells antakelser og fordommer overfor pasientgrupper. Også helsepersonell med minoritetsbakgrunn bekrefter fordommer som verserer blant kollegaer. En jordmor forteller om negative holdninger om somaliske fødekvinner som hennes kollegaer gir uttrykk for.

Det er jo for eksempel veldig mange som, og det har de vært direkte om til meg, om somaliske kvinner for eksempel hvor de sier at somaliske kvinner de bare ligger der, i fødesenga, det er også en attitude, jeg vet ikke om det kommer under rasisme, men for eksempel «hun er somalier, selvfølgelig skal hun bare ligge og ikke mobilisere seg under fødselen», det er jo også sånn klassisk. At de ikke er mobile og at de ikke gjør øvelser under fødselen fordi de er somaliere. (jordmor)

To kvinner med bakgrunn fra afrikanske land forteller at deres barn og andre i deres omgangskrets har opplevd at helsepersonell mistenker at de er blitt kjønnslemlestet når de kommer tilbake til Norge etter opphold i opprinnelseslandet. Som pasienter som oppsøker helsehjelp for andre problemstillinger, får de spørsmål og til og med undersøkelser som skal avdekke kjønnslemlestelse. Selv om helsepersonell følger retningslinjer og har gode intensjoner, opplever pasientene det negativt og fordomsfullt. En

pårørende omtaler datterens opplevelse av legens spørsmål og undersøkelse som traumatiserende.

Flere pasienter opplever mistenksomhet mot pasienters ledsagere og antar at det kan handle om undertrykkelse, kontroll og manglende mulighet til å snakke fritt med helsepersonell. En kvinne har opplevd at hun ikke var ønsket på legekontoet i følge med sin sønn. En pårørende forteller om en pasient som fikk høre fra legen at «nå er du ikke hjemme, her har du lov til å prate». Pasienten og den pårørende ble forvirret og fornærmet over legens hentydning om at pasienten var undertrykket og ikke kunne snakke fritt hjemme med familien.

Jeg vet ikke om det er at man antar noe eller om det rett og slett bare er fordommer, fordi man tror at kvinner er undertrykket blant muslimer eller utlendinger. Jeg vet ikke. (pårørende)

En mor og hennes datter opplevde at legen i etterkant av en konsultasjon skrev i datterens journal at hun var adoptert. Antakelsen ble gjort på bakgrunn av morens og datterens ulike hudfarger. Det stemte ikke at datteren var adoptert, men hendelsen skapte bekymring og usikkerhet for datteren i ettertid.

En kvinne oppdaget i sin journal at legen omtalte hennes helsesituasjon som muligens «kulturelt betinget». Hun kjente seg ikke igjen i det som var dokumentert om hennes samtale med legen: «det var som om jeg ikke var til stede, så det er skrevet på bakgrunn av hvordan jeg ble oppfattet.» Hun tok kontakt med legen for å rette opp i journalen.

3.6 Håndtering av rasisme og diskriminering

Flere informanter forteller at de har følt seg overlatt til seg selv og alene etter erfaringer med rasisme og diskriminering. De har delt erfaringene med få andre, men har håndtert hendelsene alene eller med støtte i eget, nære nettverk.

Enkelte forteller at de har fått informasjon fra helsepersonell om hvor klager kan rettes. En kvinne hadde en positiv erfaring med klagebehandling. Hun fikk innkalling til sykehuset for en samtale med lege, tre måneder etter en uønsket sykehusopplevelse som hun hadde klaget på. Pasienten satte pris på samtalen med sykehuslegen, selv om hun synes den kom altfor sent.

En informant forteller at hun håndterte dårlig behandling fra helsepersonell ved å forlate sykehuset hvor hun var innlagt, til tross for sterke smerter. Hun anså at hun ville bli sykere av å bli værende i situasjonen. Før hun forlot sykehuset, oppsøkte hun imidlertid den ansvarlige overlegen ved avdelingen og fortalte om den mangelfulle og nedlatende behandlingen hun hadde fått. Det resulterte i etterkant i et brev med en beklagelse til pasienten.

En informant er opptatt av å understreke begrensningene han opplevde som pårørende i forbindelse med håndtering av hendelser. Han forteller at han til vanlig, i andre situasjoner, ikke ville nøle med å si ifra og klage på ufin behandling. Som pårørende for et nært familiemedlem var han imidlertid utrygg på hva klager og kritikk ville kunne bety for pasientens behandling. Informanten forteller at han holdt igjen sine reaksjoner, for ikke å komme på kant med leger og sykepleiere som var i kontakt med hans familiemedlem, for å skjerme og beskytte pasienten fra mulig forskjellsbehandling.

Mange av pasientene forteller ikke om noen spesiell form for håndtering etter sine opplevelser. De har vært lei seg, frustrerte og har forsøkt å legge hendelsene bak seg. Flere sier at usikkerhet rundt helsepersonellens intensjon har bidratt til forvirring. Enkelte beskriver at de ikke har fortalt om hendelsene før nå i intervjuet.

For personer som har innvandret til Norge fra land med vesentlig annerledes samfunnsstruktur, kan mangel på systemforståelse bidra til følelse av avmakt. Videre kan tilhørighet til andre kulturer gi ulikt syn på sykdom og medisinerer enn det som er rådende i norsk helsevesen. Flere informanter nevner dessuten at høy tillit til og respekt for leger og helsepersonell kan gjøre det vanskelig å være kritisk til behandlingen de får. En del nevner også en rådende holdning blant en del personer med innvandrerbakgrunn om å utvise takknemlighet for det man får, unngå å være kritisk og ikke stille unødige spørsmål. Dette er faktorer som også kan bidra til dårlig kommunikasjon og misforståelser med helsepersonell, og til at pasienter ikke sier ifra eller klager dersom de opplever seg urettferdig behandlet.

3.7 Konsekvenser

Vi ba alle informantene om å reflektere over hvilke konsekvenser erfaringene som de opplevde som rasisme og diskriminering, hadde hatt for dem. Konsekvensene de forteller om, er omfattende. Det dreier seg om manglende tillit til helsevesenet og om negative følger for egen helse.

Svekket tillit til helsevesenet

Flere beskriver at de har fått svekket tillit til helsevesenet etter sine erfaringer. Den manglende tillitten fører til at flere informanter vurderer å unngå å oppsøke helsehjelp, eller at de vil benytte seg av et annet sykehus eller en annen helseinstitusjon enn tidligere. En del forteller at de i stedet velger å oppsøke helsehjelp i utlandet eller ved private klinikker.

Siden jeg, du vet, hadde så lite tro på det norske helsevesenet, jeg var hos privat lege og de gir meg to måneder for å undersøke andre muligheter i andre land, for å være helt sikker på om jeg kunne gjøre noe [...], jeg var så redd for noe i Norge. Jeg selvmedisinerte meg, det høres ikke så bra ut, men jeg gjorde det. Fikset alt i utlandet [...]. Så to måneders tid, det fungerte, den behandlingen og «å det ble borte og hva gjorde jeg?» Og jeg ville ikke si noe for jeg vet at det er litt gråsoner å selvmedisinere seg, det er ikke lov å få tak i medisiner på den måten som jeg gjorde, men jeg ville ikke være hos en norsk lege. Så det tok meg litt tid å få tilliten igjen. (pasient)

Manglende tillit kan også innebære motvilje mot å kommunisere med helsepersonell. En informant forteller at hun alltid måtte følge søsteren til konsultasjoner fordi søsteren opplevde å ikke bli tatt på alvor og å bli mistrodd når hun fortalte om smerter.

Hun ble ikke hørt, hun mistet tillit. Jeg måtte være til stede, hun ble ikke trodd.
Hun lukket seg helt. (pårørende)

En pasient er svært skuffet over møtet med norsk helsevesen. Han er i tvil om han vil søke helsehjelp igjen.

Har tenkt at jeg aldri skal søke offentlig helsehjelp igjen. [...] Jeg føler at jeg ikke kan stole på velferdssystemet eller helsevesenet, føler de bare representerer sine interesser, så hvis jeg har helseplager, så må jeg enten gå privat og betale personen eller løse det selv. [...] Jeg hadde en forventning om at jeg skulle bli ivarettatt av helsevesenet, men følte heller at de angrep meg (pasient)

Personlige konsekvenser

Pasientene forteller også om personlige konsekvenser. En kvinne forteller at hun ikke vil ha flere barn på grunn av opplevelsene hun hadde på sykehuset i forbindelse med fødsel. Andre pasienter beskriver hvordan hendelsene har gått inn på dem.

Man begynner å internalisere den følelsen, når du får blikk, tenker du «hvorfor ser hun på meg? Fordi hun tenker negativt om meg fordi jeg ikke er norsk eller fordi hun liker brillene mine?» Det er mye blikk. (pasient)

Det går bedre. Før kunne jeg ikke snakke om det uten å gråte. Men jo mer jeg snakker om det jo bedre. Det hjelper. (Pasient)

Informantene knytter også opplevelser av rasisme og diskriminering i møte med helsevesenet til sin følelse av å være akseptert, integrert eller «norsk». Rasisme og diskriminering bidrar til å svekke integrering og følelsen av å høre til.

Føler også at det har ødelagt integreringsprosessen min, det skaper «repulsion». Forventet ikke det skulle gå slik i Norge. Ødelagt mitt selvbilde og bilde av Norge. Føler at de ser meg som mindreverdige, men jeg er høyt utdannet, har mye erfaring har bodd mange ulike steder. (pasient)

Men hva gjør alle disse tingene med oss, da, eller hva gjorde det med oss? Jeg kan være ærlig med deg. Jeg opplevde en sånn identitetskrise når jeg var pårørende. At det landet jeg er vokst opp med å elske Norge, vokste opp med å være stolt norskpakistaner, altså rett etter at [familiemedlem] gikk bort, så var jeg sånn «fuck Norge», liksom. Og «fuck alt sammen», jeg er ikke norsk, fordi hvis det å være norsk er det vi opplevde på sykehuset, så vil ikke jeg være norsk. Da er jeg [landbakgrunn] og det er godt nok for meg. Så jeg har jobbet iherdig for å liksom prøve å finne ut av det også, fordi når du opplever mikroaggresjoner etter mikroaggresjoner, så gjør det noe med deg og kroppen din. (pårørende)

En mor forteller at hun og familien har måttet «bruke mye tid og emosjonelle krefter på å rydde opp i etterkant» av en hendelse ved et sykehus. «Man kommer med ett problem og får et nytt» forteller moren, som opplevde at datteren ble antatt å være adoptert. Barnet ble redd for at det var sant og familien måtte forsikre barnet om at det ikke stemte, se på bilder av barnet som baby og fra graviditeten og forsikre om den biologiske familietilhørigheten.

Moren peker på at hendelsen ikke er unik, men går inn i rekken av subtile blikk, kommentarer og antakelser som barnet jevnlig møter på. Hendelsen i møte med helsevesenet blir derfor én av mange hendelser som gjør at barnet er på vakt for kommentarer og er sensitiv for å bli beskrevet eller behandlet som annerledes.

Opplevelser av rasisme og diskriminering i helsevesenet og i møte med helsepersonell gir en rekke uheldige konsekvenser for dem som rammes. Konsekvensene varierer i omfang, men samlet sett fører de til ulik tilgang til og opplevelse av helsetjenestene.

3.8 Oppsummerende drøftinger

I dette kapitlet har vi presentert pasienter og pårørendes erfaringer med opplevd rasisme og diskriminering. Vi har også beskrevet hvordan de reagerer og håndterer slike hendelser og belyst hvilke konsekvenser slike belastninger har for dem.

En gjennomgående erfaring blant pasienter er opplevelsen av å ikke bli trodd og å ikke bli tatt på alvor. Mange forteller at de oppsøker helsehjelp for å få hjelp med smerter og plager, og opplever at helsepersonell bagatelliserer og undervurderer plagene, eller ikke tror på det pasientene forteller om symptomer og helsehistorikk. At erfaringer og kunnskap undervurderes, har blitt omtalt som «epistemic injustice» i tidligere forskning, og er noe mange sårbare grupper, herunder personer med etnisk minoritetsbakgrunn, kan oppleve i møte med helsevesenet (Arora m.fl. 2019).

For noen informanter er begrensede språkferdigheter til hinder i kommunikasjon med helsepersonell, og mangelfull informasjon i møte med helsevesenet er med på å skape misforståelser. I flere tilfeller erfarer pasienter og pårørende at dette har ført til feil eller for sen behandling. Erfaringer med ikke å bli sett, hørt og respektert av helsepersonell,

skaper mistillit til det norske helsevesenet og kan bidra til å forlenge og forverre pasienters sykdomsforløp.

Mange av pasientene håndterer hendelsene alene eller med støtte i eget nettverk. Noen har klaget inn hendelser, og et fåtall har fått oppfølgende samtaler med ledelsen ved de aktuelle helseinstitusjonene. Noen forteller at de har byttet behandler eller at de oppsøker helsehjelp privat og i utlandet.

Konsekvensene av opplevd rasisme og diskriminering i helsevesenet er alvorlige for dem som har disse erfaringene. For pasienter kan det handle om å utsette å oppsøke helsehjelp, venne seg til å leve med plager, svekket tillit til helsevesenet og helsepersonell, og frykt for ikke å bli trodd eller tatt på alvor. Erfaringene kan bidra til en internalisert følelse av å ikke passe inn og ikke høre til, og bidra til svekket integrering og opplevelse av å være norsk. Konsekvensene rammer individuelt og varierer i alvorlighetsgrad, men samlet sett fører de til opplevelser av ulik tilgang til likeverdige helsetjenester.

4 Helsepersonells erfaringer med rasisme og diskriminering

I dette kapitlet presenterer vi hovedfunnene fra intervjuene med helsepersonell. Først beskriver vi situasjoner og opplevelser som fremstår som vanlige. Her legger vi vekt på å beskrive hvordan rasisme og diskriminering kan komme til uttrykk på ulike måter og prege yrkeshverdagen til helsepersonell. Vi ser først på opplevelser av rasisme og diskriminering fra pasienter og pårørende og deretter på opplevelser med rasisme og diskriminering fra kollegaer og ledere.

Videre diskuterer vi hvordan informantene håndterer slike opplevelser og hvordan særegne trekk ved helsevesenet og det å være helsepersonell påvirker hvilke handlingsalternativer informantene har. Vi beskriver hvordan informantene opplever og håndterer hendelser på egen hånd og hvordan hendelsene har blitt håndtert på arbeidsplassen. Til slutt peker vi på hvilke konsekvenser opplevelser av rasisme og diskriminering i arbeidssammenheng kan ha.

4.1 Opplevelser av rasisme og diskriminering fra pasienter

Helsepersonell vi har intervjuet, forteller om ulike former for rasisme og forskjellsbehandling i møte med pasienter og pårørende. I noen tilfeller er det snakk om direkte rasistiske kommentarer, mens pasientene i andre tilfeller gir uttrykk for negative holdninger eller misbilligelse på mer indirekte måter.

4.1.1 «Du skal ikke røre meg» – utfordringer med pasientkontakt

Rasisme kommer kanskje tydeligst til uttrykk i eksplisitte, direkte ytringer og handlinger. Flere av informantene kan fortelle om pasienter og pårørende som har nektet å motta helsehjelp fra dem, eller som ikke vil la seg behandle eller undersøke på grunn av behandlerens hudfarge eller religiøse hodeplagg.

Jeg har opplevd, som for eksempel å skulle undersøke en pasient som var ganske dårlig, og lå i et rom, og i det hun ser meg sier hun «Deg skal jeg ikke ha, du skal ikke røre meg, du skal ut av rommet nå, jeg skal ikke ha en muslim».
(lege)

«Det er ikke deg jeg vil ha hjelp av, du må finne noen andre». (sykepleier)

Ja, han ropte vel n-ordet og «vil ikke ha sånne skitne ...» han var helt der. (lege)

To informanter forteller at de har hatt faste pasienter som konsekvent nekter å motta hjelp fra dem fordi de har på seg hijab. En informant som jobber med psykiatri i spesialisthelsetjenesten, har opplevd at noen pasienter som har blitt henvist til henne har ønsket å bytte behandler. De har uttrykt at behandlingen ville bli vanskelig på grunn av hennes muslimske bakgrunn.

Det at jeg bruker hijab – jeg kan ikke ta den av når jeg går på jobb. Den følger med. Men utenom det, tar jeg ikke med meg noe personlig liv inn i terapien.
(psykiater)

I andre tilfeller kan utfordringen være at pasienter eller pårørende sår tvil om ansatte med innvandrerbakgrunns kompetanse og faglige vurderinger.

Men det som har vært mest merkbart og vanskelig å sette fingeren på, er den forskjellsbehandlingen og at min kompetanse er blitt undervurdert av pasienter, at de foretrekker å snakke med noen andre, de er ikke nødvendigvis ufine, men – jeg tror vi er 90 prosent sykepleiere, i tillegg til noen vernepleiere og noen studenter, men vi er nesten bare sykepleiere, men likevel kan de spørre sånn, «ja, er du sykepleier, da?». Hvorfor – alle de andre her er sykepleiere, det er veldig rart å spørre om det, du spør ikke noen andre om det. (sykepleier)

Mange av informantene har opplevd at pasienter uttrykker en preferanse for helsepersonell med etnisk norsk bakgrunn. Det varierer imidlertid hvordan informantene opplever dette. Mange opplever dette som svært negativt, særlig når preferansen eksplisitt knyttes til negative kommentarer og fordommer. Enkelte informanter opplever imidlertid ikke dette som så negativt:

Det kan være at noen pasienter kan spørre «kan jeg gå til en norsk tannlege?». Tror de at en norsk har mer kunnskap enn en utenlandsk? Jeg vet ikke. Vi forklarer at vi bare har ansatte med utenlandsk bakgrunn – hvis de vil kan de gå privat, men da må de betale. De må jo få lov til å spørre hvis de helst vil gå til en norsk. (tannlege)

Informantene uttrykker også en viss usikkerhet knyttet til hvordan man kan vite om pasienters ubehagelige atferd er rasistisk motivert og kommer av fordommer eller ikke. Dette gjelder særlig mer subtile uttrykk for misnøye, for eksempel gjennom blikk og kroppsspråk. Andre peker på at pasientene kanskje hadde vært ubehagelig uansett hvilken ansatt de hadde møtt, men at kommentarene får en rasistisk tone når de møter en ansatt med minoritetsbakgrunn:

Det kan jo også være at en pasient er ufin mot alle, men at de kommer med spesifikke kommentarer som er rasistiske til en mørkhudet sykepleier med hijab. (sykepleier)

4.1.2 Negative kommentarer om innvandrerbakgrunn og religion

En annen utfordring flere forteller om, er at pasienter og pårørende kan komme med negative kommentarer og spørsmål om deres innvandrerbakgrunn, opprinnelsesland, etnisitet eller religion. I noen tilfeller er det snakk om direkte kommentarer og bruk av skjellsord:

Jeg hadde en eldre kvinnelig pasient, og jeg var innom henne sammen med en mannlig sykepleier som også har minoritetsbakgrunn. Pasienten kalte ham slave. Da sa jeg ifra at hun ikke kan snakke slik til ham. Hun beklaget til meg, men ikke til ham. (sykepleier)

I andre tilfeller er det vanskelig å sette fingeren på noe konkret. En lege beskriver for eksempel hvordan hun i møte med pasienter kan ane holdninger hos personer som «ikke liker innvandrere»:

Du kan merke at det er gnisninger, at de ser ikke på deg når du snakker, eller ser bort når du skal gjøre en undersøkelse. Det er en sammenheng i atferden, ikke et tilfeldig blikk en annen vei, da skjønner du at det kan være noe. (lege)

For enkelte kan kommentarer og negativ atferd til sammen bli veldig belastende. En informant beskriver at hun valgte å gjøre seg mer lik majoritetsbefolkningen for å slippe unna kommentarer og spørsmål om bakgrunn og religion i arbeidssammenheng. Hun opplevde at hun for ofte ble hindret i å gjennomføre pasientundersøkelser fordi hun stadig fikk spørsmål om navn, religion og hvor hun kommer fra i møte med pasienter og pårørende. Over tid ble kommentarene og spørsmålene belastende, og hun bestemte seg til slutt for at det ville lette arbeidshverdagen hennes å slutte å bruke hodeplagg. Hun forteller at kollegaer kommenterte avgjørelsen som god.

Nei, det har jo vært kjipt. Etter at jeg sluttet så var det et par som kom bort til meg som sa at det var bra at du droppa det, kollegaer jeg jobber med den dag i dag som er ålreite, flinke folk, men det er kjipt. (lege)

4.2 Opplevelser av rasisme og diskriminering fra kollegaer og ledere

Flere av informantene våre beskriver også ubehagelige opplevelser med rasisme og forskjellsbehandling fra kollegaer og ledere internt på arbeidsplassen. Også her varierer opplevelsene fra direkte kommentarer til mer indirekte former for forskjellsbehandling.

4.2.1 Kommentarer og spørsmål

Informantene forteller blant annet om spørsmål og kommentarer knyttet til deres etnisitet, religion og opprinnelsesland fra kollegaer og ledere. En legestudent fikk for eksempel høre fra sin leder at han hadde fått spørsmål fra kollegaer: «Tør du slippe løs en med hodeplagg på akuttmottaket på [sykehus]?». En jordmor forteller at hun har fått en rekke kommentarer fra sine kollegaer, som «Muslimer er mer terrorister», og spørsmål, som «Hvorfor bruker du hijab? Kan du ta av?» og «Er det mannen eller foreldrene som bestemmer over dette?» Hun forteller videre at hun får høre nedlatende beskrivelser om sin nasjonale landbakgrunn fra kollegaene sine.

Flere nevner at de kan oppleve negative kommentarer som ikke er direkte rettet mot dem selv, men mot ulike grupper mer generelt, som «innvandrere», «muslimer» og lignende.

[En kollega] er veldig direkte om at hun hater islam. Hun sier det rett ut selv om jeg sitter der. [...] Jeg gjør ikke noe synlig annet enn tørklet mitt, det er ikke at jeg ber foran henne eller snakker om religionen min i det hele tatt. Er jeg på jobb, så er jeg på jobb [...] Så var det en knivstikking i Oslo og da så hun på meg og sa «ja, nå har det skjedd igjen i Oslo, det er sikkert en muslim, jeg tror ikke han er vestlig». Jeg ble virkelig sånn, jeg følte meg så liten inni meg, hvorfor ser du sånn på meg? (jordmor)

Enkelte informanter forteller også at de har overhørt andre ansattes rasistiske, nedlatende samtaler på pauserommet, om pasienter med innvandrerbakgrunn, noe som i tillegg er brudd på taushetsplikten. Selv om dette ikke er kommentarer rettet direkte mot dem selv, oppleves det likevel som svært ubehagelig og belastende. En lege beskriver en slik situasjon mens hun var i praksis som legestudent:

Der sitter de [...] og snakker sladder om pasienter med innvandrerbakgrunn, alle satt stille mens det skjedde, bemerkelsene ble mer og mer rasistiske, det handlet om muslimske pasienter. Jeg sa litt ifra, men forsiktig på grunn av maktubalanse, fordi jeg måtte jo få underskrift fra dem på ting jeg gjør blant annet for å få ting godkjent. (lege)

Informanten beskriver at hun i etterkant sa tydelig ifra til praksisveilederen sin, noe som ikke ble tatt godt imot:

Det likte hun ikke, hun ble sint, og så gikk hun over til personangrep på meg, og så si at jeg har tatt et valg om å gå med hijab, og derfor må jeg forvente rasistiske kommentarer og rasisme, et valg jeg har gjort, da fortjener jeg det. Og at dette var bare første av mange møter der jeg kommer til å møte rasisme, både fra pasienter og fra kollegaer for at jeg hadde valgt hijab. (lege)

En jordmor husker en kommentar fra en kollega, som ga rapport under et felles møte:

«Ja, la oss si på fødestue 24, der lukter det jo apekatt». (jordmor referer kollega)

En sykepleier forteller at hun bruker hijab og ofte velger svart farge. Hun har fått flere kommentarer fra kollegaer på at hun bør bruke lysere farger fordi de knytter svart farge til muslimske terrororganisasjoner. Også andre ansatte på arbeidsplassen som bruker hijab har gitt uttrykk for at hun gjør det vanskeligere for dem ved å ikke føye seg og velge lysere farger.

En mannlig ergoterapeut forteller om en kollega som hadde spurt ham ut om søstrene hans og ønsket å få telefonnummeret til en av søstrene:

Til søstera mi? I Nederland? Jeg tenkte hva er det han vil, egentlig? Han er gift og har barn og familie. Jeg sa hun snakker ikke norsk. [...] Jeg var i tvil om hva jeg skulle si. Hadde jeg reagert kraftig, da blir jeg plassert i en hylle, «han er fra en annen kultur», han hadde tenkt «han er fra en sånn æreskultur». Jeg prøvde å være åpen. Jeg tok kontakt med søsteren min, hun sa selvfølgelig «hæ?», selvfølgelig var det nei. Jeg lurte lenge på hva han ville. (ergoterapeut)

Informanten forteller at denne kollegaen inngår i en gruppe kollegaer som har oppført seg ubehagelig ved flere anledninger. Han blir forvirret over situasjonen, men tolker det som at kollegaen har ønsket å provosere ham og utfordre normer i hans kultur. Han opplever også å ha liten mulighet til å si i fra eller å reagere i frykt for å bli stemplet som en fra en «æreskultur».

4.2.2 Ignorert og utestengt

Flere informanter opplever at de blir ignorert og utestengt av kollegaer, eller at de blir usynliggjort til fordel for etnisk norske kollegaer. Dette kan foregå på ulike måter, men felles for opplevelsene er at det gir en følelse av å ikke bli sett og anerkjent på arbeidsplassen – verken i yrkesutøvelsen eller sosialt.

Enkelte informanter forteller om kollegaer som ikke svarer på hilsener, som ikke sier «hei», «god morgen» og «ha det» når man møtes eller går fra jobb. De kan høre kollegaer svare og hilse hverandre, men får ikke svar selv. En kvinne forteller at kollegaer hun arbeider sammen med hver dag, sjelden eller aldri svarer på hennes hilsen når hun kommer på jobb. Hun opplever det som uhøflig og vondt.

En av tingene jeg sliter med daglig på nåværende jobben min, er at folk ikke sier hei og ha det. Det er en grunnleggende ting. (farmasøyt)

Hun forteller videre at hun hadde fravær fra arbeidsplassen på flere måneder i forbindelse med en planlagt operasjon. Da hun kom tilbake på jobb, var det ingen som bemerket at hun var tilbake. Ingen sa «hei», og ingen spurte hvordan det hadde gått med henne i perioden hun var borte.

Ingen sier hei og ingen som spør om det går bra. Det syns jeg er veldig unormalt, jeg ble satt ut når jeg kom tilbake. Det var som om jeg var der i går. De visste om det, det var planlagt. Jeg har til og med utsatt operasjonen to ganger fordi det var lite folk på jobb, jeg strakk meg langt for at det ikke skulle gå ut over dem (farmasøyt).

En mann forteller om en lignende erfaring ved sin arbeidsplass.

Det er mange småting. Kanskje det er kulturelt. Jeg ble oppdratt til at når man våkner om morgenen, så hilser man, hjemme, til foreldre, ute, [...] «God morgen», «god morgen», «god morgen» – uker, måneder, år, to år, tre år, ingen respons. [...] Jeg eksisterer ikke. Jeg eksisterer ikke her. (ergoterapeut)

Oppførselen forvirrer ham. Han forteller at han blir usikker på hvordan han skal tolke signalene kollegaene sender ved å ikke svare. Han opplever at han er usynlig og ikke eksisterer for dem.

En lege beskriver at hennes leder ikke ville uttale eller lære seg navnet hennes da hun var turnuslege. Informanten forteller om daglige morgenmøter og gjennomgang av ansvarsoppgaver med navneoppbrytning:

Og hver gang vi kom til navnet mitt – ikke sant, hun [lederen] har hilst på meg, snakket med meg og var til stede på intervjurunden, jeg hadde sagt og korrigert og sagt navnet mitt ørten ganger, og etter hvert ble det til at hun sa «ja, du ser navnet ditt, det er ikke noe poeng at jeg en gang prøver å si det». Etter hvert ble det en greie, som også viser en sånn – det var jo greit nok at jeg ikke skulle jobbe der for alltid, men jeg var der i tre måneder, det er en indirekte måte å vise at du ikke bryr deg, og jeg har ikke planer om å lære meg navnet ditt. [...] på den tiden kjente jeg på det at jeg gjør det vanskeligere for kollegaer med dette navnet.
(lege)

En sykepleier, som også er avdelingsleder, forteller at hennes overordnede ønsket å erstatte hennes navn og bilde med en annen kollegas bilde og norsk-klingende navn på foretakets nettside. Informanten skulle fortsatt utføre de samme arbeidsoppgavene og motta lederlønn, men utad ønsket den overordnede å oppgi en annen persons navn som avdelingsleder. Begrunnelsen var at det så bedre ut med et norsk navn som avdelingsleder på nettsiden fordi brukerne av helsetjenestene reagerte på informantens navn og etniske bakgrunn.

Enkelte informanter forteller om en form for favorisering av etnisk norske ansatte. To sykepleiere forteller for eksempel at de blir oversett av kollegaer når de arbeider sammen med andre, hvite helsepersonell. Ved vaktskifter vil kollegaer de har arbeidet sammen med i flere år, henvende seg til og overlevere rapporter til mindre erfarne, men hvite, kollegaer.

Vi opplever det gang på gang, du er sykepleier og jobber med ufaglærte, men så lenge de er hvite, så får de automatisk rapporten. Du ser det tydelig at de bryr seg ikke om deg, de andre ansatte. Det er så automatisk at du aner ikke (sykepleier).

Hvis dere er to sykepleiere som skal ta over, snakker de bare til den norske sykepleieren, som om du ikke er til stede i det hele tatt. Det merker vi veldig godt (sykepleier).

Informantene opplever også forskjellsbehandling i tildeling av oppgaver. Favorisering kan skje ved at etnisk norske ansatte skånes for å arbeide med tunge brukere, og at akutte, uplanlagte oppgaver blir tildelt ansatte med minoritetsbakgrunn.

Spesielt merkes det når lederen da har flere favorittansatte som bare er etnisk norske, og ingen av dem er med utenlandsk bakgrunn. Så merker alle de som er med utenlandsk bakgrunn ekstra godt, fordi de da får alle tunge brukere. De har alltid hver gang det kommer noe ekstra besøk eller akutte oppgaver, så er det de med utenlandsk bakgrunn som får det, og de andre som da er favoritt til lederne, får lov til å sitte inne på kontoret, selv om det ikke er noe oppgaver å gjøre inne på kontoret. Lederne må forstå at ansatte er ikke dumme. De ser hvem som gjør hva, hvilken sykepleier som løper og stiller opp (sykepleier).

4.2.3 Vanskelig å få jobb og bevege seg i hierarkiet

Flere av informantene, i ulike yrkesgrupper og deler av helsevesenet, beskriver utfordringer knyttet til det å få jobb og bevege seg oppover i hierarkiet. Dette er utfordringer som dukker opp i forbindelse med ansettelse, og i tilknytning til opprykk, fordeling av oppgaver og ansvar, muligheter til videreutdanning og spesialisering og så videre.

Flere av informantene forteller at de har hatt utfordringer med å få jobb tidligere i karrieren, og noen av informantene var arbeidssøkende på intervjuetidspunktet.

Jeg har prøvd å søke jobb, men du kommer ikke inn. Så jeg vet ikke hva som feiler meg. Jeg vet ikke hva det er, men i hvert fall det er litt grann trist. Du vil også tjene penger, ha det bra og gå på ferie og i stedet du sitter hjemme og tenker hvorfor er livet så vanskelig for meg? Hvorfor? Hva har jeg gjort? (spesialsykepleier)

Flere informanter forteller at de er blitt oppfordret til å endre navn i forbindelse med jobbsøking, både av tidligere medstudenter, venner, ledelse ved helseinstitusjoner og i veiledning hos Nav.

Jeg var nok veldig frustrert, og jeg sendte faktisk en søknad med et norskklingende navn, men etter hvert ble jeg - det er jo det som er navnet mitt, og jeg må stå for det jeg heter og er. (lege)

Så tuller de om det [at jeg bør nytte navn], så sa jeg til dem at jeg er i en sånn alder, hvor jeg føler at jeg kan ikke endre mitt navn for å få aksept i samfunnet. Det burde ikke være slik, så jeg fortsetter å sende masse søknader i løpet av uka, helsevesenet trenger jo folk, og jeg har jo den kompetansen. (sykepleier)

Flere leger forteller at veien inn i arbeidslivet var vanskelig på grunn av navnet og den etniske bakgrunnen deres. De opplevde at andre med samme kompetanse og erfaring kom inn i turnuslegetillinger langt raskere enn dem. Utfordringene kan også fortsette etter ansettelse. En lege forteller for eksempel at hennes leder ba henne om å jobbe ekstra hardt for å bevise at det var riktig å ansette henne. Hun opplevde at hun måtte bevise at hun var like god som, eller bedre enn, leger med etnisk norsk bakgrunn, og rettferdiggjøre ansettelsen sin. Også en annen informant har opplevd det samme:

Mange av oss må stadig bevise vår kompetanse og dyktighet, til tross for at vi har de nødvendige kvalifikasjonene og erfaringene. (sykepleier)

Flere informanter har erfart at overlegetillinger og andre status-stillinger har gått til etniske nordmenn, til tross for at helsepersonell med annen etnisk bakgrunn hadde samme kompetanse og lengre ansiennitet.

Jeg skulle fremmes videre til neste nivå og neste rotasjon, da fikk andre muligheten til det og jeg måtte vente av grunner som ikke var forståelige for meg. Det er jeg som står i linja, hvorfor skulle jeg rykke tilbake og vente? (psykiater)

Andre forteller at de ser at muligheter til videreutdanning og kompetanseheving går til kollegaer med hvit hud og norsk etnisitet.

Du blir helt sjokkert over hvordan du blir behandlet. Det er det samme hvis de har plass på videreutdanning. Selv om du søker og søker og gir beskjed til ledelse, og så plutselig, ser du det er noen før deg som har gått, som har fått den sjansen og du får aldri sjansen. Du blir så, så lei (sykepleier).

4.3 Håndtering av hendelser

4.3.1 Reaksjoner på opplevelser av rasisme og diskriminering

Hvordan reagerer helsepersonell som opplever rasisme eller diskriminering på jobb? Blant våre informanter varierer dette mye. Faktorer som alder, ansiennitet, hvor man befinner seg i «hierarkiet», egen personlighet og verdier og tidligere erfaringer ser ut til å ha sammenheng med hvordan den enkelte håndterer slike situasjoner.

Mange peker på at normer og forventninger knyttet til rollen som helsepersonell legger føringer for hvordan de reagerer. Dette gjelder særlig i tilfeller der man opplever å bli utsatt for rasisme og diskriminering fra pasienter. Informantene trekker frem at de gjennom utdanningen er opplært til å være nøytrale, ikke la seg påvirke av pasienters atferd og gi god behandling til alle uansett hvem de er. Mange er opptatt av å opptre profesjonelt og at de ikke skal gå inn i en konfrontasjon med pasienter. Mange viser

også forståelse for pasientene eller unnskylder pasientenes atferd. Slike «unnskyldninger» kan dreie seg om at pasientene er eldre og kanskje ikke så vant til å omgås personer med minoritetsbakgrunn, at pasientene er alvorlig syke og kanskje demente og ikke har full kontroll over egen atferd og at pasientene er usikre og i en sårbar situasjon, noe som kan få dem til å utagere på ulike måter.

Vi får inntrykk av at upassende kommentarer fra pasienter tolereres av mange som en del av arbeidet. Samtidig er det også enkelte som setter spørsmålsteget ved at de skal måtte tåle så mye. En informant sier at hun opplever forventninger om det hun omtaler som «grenseløs toleranse» overfor pasientgrupper som har store belastninger. Hun etterlyser mer omsorg overfor dem som yter omsorg.

Noen beskriver hvordan de har laget seg sine egne måter å håndtere pasienter på, dersom de får inntrykk av at pasienten er negativt innstilt til dem. Flere beskriver at de da gjør en «ekstra innsats», enten i form av å bruke lenger tid, å vise ekstra omsorg overfor pasienten eller pårørende eller ved å gjøre ulike tjenester for pasienten:

[...] hvis de har med pårørende, vise at man tar hensyn til dem de er glad i, spør hvor lenge de har ventet. Hvis de kan få mat og de ikke må være fastende på grunn av operasjon, spørre om de vil ha kaffe, gå og ta mat fra kjøkkenet, gjøre det selv og ikke ringe på sykepleier, men gjøre det selv. Så får de kaffen sin og det tar 5-10 minutter mer, men så kan du gjøre undersøkelsen. (lege)

Mange av informantene skiller tydelig mellom ubehagelige og upassende kommentarer fra pasienter, og sårende bemerkninger fra kollegaer og ledere.

Jeg har vel kanskje mer tålmodighet og aksept overfor pasienter som jeg jobber med fordi de er pasienter. Men jeg har litt høyere forventninger til kollegaer ikke sant, for de er ikke pasienter, men kollegaene og lederne mine. (sykepleier)

For mange oppleves kritikk og negative bemerkninger fra kollegaer mer belastende og sårende.

[...] hvor kollegaer ser stygt på deg, eller sier «ja, det er krydderne dems, kan de ikke bare slutte å spise det som lukter fra dem?», selv om det kanskje ikke lukter, [eller] og si «klærne dems, hvorfor kan de ikke bare bruke en helt vanlig norsk bukse og genser?» Og man bruker kanskje det mesteparten av tiden, og hvis man velger privat å bruke andre klær, og det er med en gang sånne bemerkninger [om] meg som privatperson, så blir det annerledes. Da tar jeg det med meg hjem, da blir det psykisk vanskelig, da blir det tungt. Da blir man lei seg. Da gråter man. (sykepleier)

4.3.2 Å si ifra om negative opplevelser

De fleste informantene oppgir at de ikke er kjent med om det finnes systemer og rutiner for rapportering av uønskede hendelser, rasisme og diskriminering. Mange av informantene er derfor usikre på om – og i så fall hvordan – de kan melde fra om opplevelsene sine.

Informantene forteller også om mange andre grunner til at de velger å ikke si ifra om det de opplever. Flere informanter forteller at de lar være å dele sine erfaringer fordi de ikke vil være til bry. De ønsker ikke å være en belastning for kollegaer og ledere. Andre peker på at midlertidige stillinger og usikkerhet rundt videre ansettelse og forfremmelser, gjør at de lar være å rapportere om uønskede hendelser. Dette gjelder både tilfeller av rasisme og diskriminering fra pasienter og pårørende og fra kollegaer. De ønsker ikke å stikke seg ut negativt og vil ikke fremstå som et problem eller oppleves som en byrde for sine overordnede. Enkelte peker imidlertid på at dette gjelder for flere enn bare de med minoritetsbakgrunn:

Det karakteriserer kanskje mange leger, uavhengig av bakgrunn og etnisitet. Man kvier seg litt, kvier seg litt for å gi tilbakemeldinger som kanskje forhindrer deg i å få et vikariat eller i å få fortsette videre (lege).

Enkelte informanter er redde for at det å melde ifra om ubehagelige hendelser i møte med pasienter, pårørende eller kollegaer kan føre til at de oppfattes som sarte, kravstore eller overfølsomme. Av frykt for å skape uro for ledelsen eller legge byrder på andre, vegrer de seg ofte for å ta opp slike opplevelser. Enkelte informanter oppgir at de unnlater å rapportere hendelser til ledelsen, eller nedtoner alvoret i dem, av frykt for ikke å bli trodd. Flere har erfart at slike hendelser er blitt bagatellisert av ledelsen.

Mange fremhever også at de er sosialt og kulturelt opplært til å adlyde autoriteter, unngå å motsi leger, avstå fra å stille kritiske spørsmål, vise takknemlighet og nedtone egne behov. Mange har bakgrunn fra samfunn preget av kollektivistiske verdier, og de forteller at de har vokst opp med en normativ forventning om å prioritere fellesskapets interesser, akseptere belastninger og bidra med omsorg og hjelp til andre.

En informant forteller at hun ikke snakker om slike hendelser med venner eller kollegaer med minoritetsbakgrunn fordi hun ikke vil bidra til negativitet eller skremme andre. Flere andre informanter forteller imidlertid at de finner støtte og fellesskap i å snakke med kollegaer med minoritetsbakgrunn om slike erfaringer.

Jeg snakker med mine kollegaer om det jeg opplever, men da med de som ser ut som meg. (sykepleier)

Mange av informantene gir uttrykk for at de i liten grad snakker med etnisk norske kollegaer eller leger om opplevelsene sine. En mulig grunn til dette, som flere av informantene nevner, er at en del av rasismen og diskrimineringen de opplever, er subtil og ikke så lett å sette fingeren på. Ofte er det snakk om en følelse av at en pasient eller en kollega er negativt innstilt eller har negative fordommer mot dem, eller det kan være snakk om tilsynelatende uskyldige kommentarer og spørsmål som like fullt oppleves negativt. For enkelte er det lettere å snakke om slike opplevelser med andre med minoritetsbakgrunn som selv vet hvordan dette føles, enn med etnisk norske kollegaer og ledere.

Enkelte av informantene er imidlertid bevisste på å si ifra om ubehagelige opplevelser – både i møte med pasienter og internt på arbeidsplassen. En informant forteller at hun helt fra tidlig i karrieren har sagt tydelig ifra når andre har kommet med negative kommentarer eller gitt uttrykk for fordommer. Informanten selv mener at dette er noe av grunnen til at hun i dag ikke opplever store utfordringer med rasisme og diskriminering – i alle fall ikke fra kollegaer og ledere.

Jeg var kjent for å heve stemmen. Derfor har jeg trivdes, fordi jeg har tatt plass. Men det er urettferdig at man må ta plass og heve stemmen sin for å ikke oppleve den type diskriminering. (lege)

Informanten peker også på at hennes posisjon som lege gir henne et bedre utgangspunkt for å heve stemmen og sette grenser enn personer i andre stillinger i helsevesenet som befinner seg lenger ned i «hierarkiet».

Flere gir uttrykk for at de har blitt «tøffere» og bedre til å si ifra etter hvert som de har blitt eldre, fått mer erfaring eller fått faste stillinger.

Jeg tror at min profesjonalitet med at jeg har blitt jordmor i seg selv har gjort at jeg har blitt tøffere. Fordi jeg tenker at «vet du hva, jeg har faktisk tatt en utdanning, og det er behov for yrket mitt. Så vet du hva, jeg har muligheter, så jeg skal være tøff nok til å si ifra». For det er behov for meg over alt, jeg må ikke være her. Men når jeg har vært student eller sånn, så har jeg alltid vært sånn, du må liksom ligge lavt. (jordmor)

En annen informant forteller at hun er bevisst på å bruke humor som strategi for å håndtere upassende kommentarer hun får i profesjonelle sammenhenger. Hun fremhever at hennes ironiske og humoristiske bemerkninger, ikke bare fungerer som en avvæpnende mekanisme, men også har en irettesettende og opplysende funksjon overfor mottakeren. Hun gjengir en hendelse hun husker godt:

Så er det en av disse direktørene som lurte på «Hvordan fikk du den stillingen, egentlig?» Og så sier jeg at jeg søkte, jeg. Så sier han «Ja, du gjorde det ja, ja for du snakker jo veldig bra norsk». Og så sier jeg, «Takk, du snakker ikke så gæli du heller». (lege)

Informanten oppfatter direktørens spørsmål og kommentarer som upassende og knytter dem ikke bare til sin etniske bakgrunn, men også til at hun er kvinne og ung. Hun responderer med snartenkt bruk av humor, som samtidig synliggjør direktørens fordommer.

4.3.3 Håndtering på arbeidsplassen

I dette kapitlet har vi i stor grad skilt mellom opplevelser av rasisme og forskjellsbehandling fra pasienter og fra kollegaer og ledere. Når det kommer til håndteringen av slike hendelser, opplever vi imidlertid at informantene i liten grad gjør dette skillet. Én årsak til det kan være at opplevelsene finner sted på arbeidsplassen og i jobb-sammenheng, og det er dermed arbeidsplassen – og særlig ledelsen – som er ansvarlige for oppfølging og håndtering. En annen grunn er at håndteringen, eller mangelen på håndtering av tilfeller av rasisme og diskriminering, er sentral for informantenes totalopplevelse. Manglende reaksjoner og oppfølging fra kollegaer og ledelse oppleves som en ytterligere belastning. Flere informanter har opplevd rasisme og diskriminering både fra pasienter og internt på arbeidsplassen, og håndteringen og ikke-håndteringen de beskriver, gjelder begge typer opplevelser. Under gjengir vi derfor informantenes beskrivelser av hvordan tilfeller av rasisme og diskriminering har blitt håndtert på deres arbeidsplass, uten å skille mellom hendelser med pasienter og kollegaer.

I intervjuene spurte vi alle informantene om hvem som var til stede og hva som ble gjort i etterkant, da de opplevde rasisme eller diskriminering som del av sin yrkesutøvelse. Flere forteller at kollegaer og ledere har kjent til, sett og hørt det som har skjedd, men ikke gjort noe.

Jeg ble helt satt ut. Jeg følte at veilederen min fikk det med seg, for de er jo der nettopp for å observere – og ventet på at hun kanskje skulle si noe, eller eventuelt ta det opp med meg etterpå, men hun sa ingenting (laboratoriepersonell).

Men det var jo hørbart for alle i det rommet, andre pasienter, andre sykepleiere, leger, og så husker jeg at ingen gjorde noe. (lege)

Mange opplever at det er opp til den utsatte eller personer med minoritetsbakgrunn selv å si ifra eller å reagere i situasjonen, og at de får lite støtte fra kollegaer og ledere. En informant beskriver en situasjon der et par kollegaer snakket nedlatende om innvandrere:

[De andre] kollegaene mine sitter og er kjempeukomfortable, men sier ingenting. Så sitter jeg der og er minst like ukomfortabel, men det er jeg som må si noe. De situasjonene oppstår veldig ofte. (sykepleier)

Til tross for at mange av våre informanter vegrer seg for å melde fra om opplevelser av rasisme og diskriminering på jobb, er det enkelte som forteller at de har rapportert slike hendelser til ledelsen. Mens noen har mottatt oppfølging i form av samtaler, har andre erfart at det ikke ble iverksatt noen tiltak.

I tilfeller der pasienter uttrykker motvilje mot å bli behandlet av en bestemt lege eller sykepleier, håndteres situasjonen som regel ved å erstatte den aktuelle helsearbeideren med en annen. Denne løsningen ivaretar pasientens ønsker, men den berørte helsearbeideren mottar ofte ikke ytterligere oppfølging.

Denne måten å håndtere situasjonen på kan gi en følelse av manglende støtte og av å være alene. Noen opplever også at en slik løsning på et vis legitimerer pasientens rasistiske holdninger og at kollegaer og ledere tar mer hensyn til slike holdninger enn til den utsatte.

Og jeg syns at sjefen er med på det. Det eneste som er viktig er å gjøre kunden fornøyd. Hun gjør så en annen kollega skal hjelpe han. Hvorfor skal det være sånn? Sjefen, kollega og kunde er mot deg, da er det veldig lite hyggelig. (farmasøyt)

Denne informanten er tydelig på at hun kunne trenge mer støtte fra lederen sin:

Jeg hadde trenge mer støtte. Mot kollegaer og mot kunder. Jeg savner ofte at sjefen er bak disken og hører hva som foregår. Alt sjefen kan gjøre er å si «ikke tenk på det, ikke ta det personlig», men sjefen burde komme til kunden og si «sånn kan du ikke snakke» eller «du snakker ikke sånn til min ansatt». Litt mer støtte og litt mer beskyttelse. (farmasøyt)

Mange opplever at slike situasjoner og ubehagelige opplevelser med pasienter heller ikke følges opp i etterkant:

Ikke noe debrief, ingen gjennomgang, det ble ikke tatt opp på vaktskiftemøte. Det var som om det ikke skjedde. (lege)

Flere av våre informanter beskriver altså manglende reaksjon og oppfølging fra arbeidsplassens side når de har opplevd ulike former for rasisme og diskriminering. Flere beskriver situasjoner der andre som er til stede, ikke reagerer eller setter ord på det som har skjedd. Slike manglende reaksjoner fra kollegaer får de utsatte til å føle seg alene.

Jeg savner litt handlekraft og at ting faktisk skjer, at det ikke bare blir en der og da-løsning. Sånn ok, da flytter vi deg fra den avdelingen, du slipper å jobbe med den pasienten – ja, det er en midlertidig løsning, men det løser ikke at jeg har følt meg som jeg har følt meg. Hvor er liksom den samtaleoppfølgingen, hvor er dialogen om hvordan jeg kan ha det bedre på jobb? Og jeg savner at initiativet kommer fra dem, og at det ikke må komme fra hun ene brune på avdelingen. (sykepleier)

Samtidig er det også enkelte som påpeker at dette ikke kun er tilfellet for situasjoner der noen utsettes for rasisme og diskriminering. De forteller at høyt tidspress og stor arbeidsbelastning i mange deler av helsevesenet, fører til at det i liten grad er tid til og fokus på psykososial oppfølging av arbeidstakerne. Også her kan underliggende normer og forventninger til helsepersonell om «grenseløs toleranse» spille inn, og det kan være en generell opplevelse på arbeidsplassen av at man forventes å riste slike opplevelser av seg.

Gode eksempler på håndtering

I vårt datamateriale finnes det et fåtall eksempler på god håndtering av rasisme og diskriminering på arbeidsplassen. Disse handler stort sett om tilfeller der en leder har fanget opp situasjonen og snakket med den utsatte i ettertid. En informant forteller for eksempel om en situasjon der hun opplevde å få en negativ kommentar fra en kollega mens lederen hennes var til stede:

Min nærmeste leder var til stede og hørte dette her, og hun synes jo ikke det var spesielt greit og lurte på om jeg ville gjøre noe med dette her, så det var veldig fint og få den. For mange av de er det jo ingen som tar tak i det, så at min leder observerte det og lurte på om det var ok, eller hva jeg tenkte om det, synes jeg var veldig fint (lege).

Dette virker imidlertid å være enkelttilfeller som er personavhengige. Blant våre informanter er det kun én som kan fortelle at arbeidsplassen har jobbet med forebygging og håndtering på en systematisk måte. På denne arbeidsplassen har ledelsen og de ansatte i fellesskap gjennomført workshops hvor de har diskutert erfaringer og hendelser knyttet til rasisme og diskriminering. Dette arbeidet har bidratt til en felles erkjennelse blant de ansatte om at rasisme og diskriminering forekommer, og at enkelte ansatte rammes i større grad enn andre.

Workshopen, som ble gjennomført med bistand fra jurister, resulterte i utvikling av konkrete retningslinjer for hva de ansatte skulle gjøre i situasjoner der en pasient for eksempel nekter å få helsehjelp fra en med minoritetsbakgrunn. Arbeidsplassen har vedtatt at til tross for pasientens rett til helsehjelp, kan ikke pasienten selv bestemme hvem som utfører helsehjelpen. De ansatte har også i fellesskap utformet formuleringer som alle på arbeidsplassen er kjent med og kan anvende når ulike, bestemte situasjoner oppstår. Formuleringene inneholder blant annet klare budskap om å avvise uakseptabel språkbruk og å journalføre at helsehjelp er blitt tilbudt, men avslått av pasienten på rasistisk grunnlag.

4.4 Konsekvenser

For mange av informantene er opplevelsene de har hatt av rasisme og diskriminering, knyttet til enkelthendelser. Flere av disse forteller at de, til tross for slike opplevelser, trives i sitt arbeid og i hovedsak har gode møter med pasienter og kollegaer. For en del av informantene har imidlertid opplevelsene av rasisme og diskriminering, og ofte mangelen på god håndtering fra arbeidsplassen, medført ulike negative konsekvenser. Under beskriver vi hvilke konsekvenser opplevelser av rasisme og diskriminering har for den enkelte som utsettes, for arbeidsplassen og for pasientene.

Konsekvenser for den enkelte

Det å oppleve rasisme og diskriminering kan ha mange negative konsekvenser for de som utsettes, noe som er godt dokumentert i en rekke tidligere studier (bl.a. Aambø 2021, Spilker m.fl. 2022). Konsekvensene er alvorlige for forhold som psykisk helse, selvbilde, selvillit, følelse av trygghet og trivsel i hverdagen og den enkeltes tanker om egne fremtidsmuligheter. Dette gjenspeiles også i vårt datamateriale.

Flere informanter forteller om psykiske plager og nedstemthet. En ung kvinne som opplever å få mange kommentarer fra kollegaer, og lite støtte fra nærmeste leder, forteller at hun gruer seg til jobb hver dag, og at hun en periode gråt hjemme hver dag etter jobb. Andre forteller at de i et forsøk på å «føye seg» føler at de har måttet gi avkall på deler av egen identitet. Dette gjelder for eksempel informanten som til slutt valgte å slutte å bruke hijab etter mange kommentarer og spørsmål fra pasienter og kollegaer:

Det er rart, for den dagen jeg slutta med skaut, gikk jeg fra å få daglige spørsmål om hvem jeg var og hvor jeg hørte til, til at det bare ble spørsmål innimellom. Så det har vært en lettelse, men også sårt. Man tilpasser seg storsamfunnet og blir lik mest mulig, man skal ikke skille seg ut, det er nok bare det at man har et rart navn og mørkt hår og krøller. (lege)

Andre som har tilsvarende opplevelser, forteller om følelser av skam og at de ikke har vært «sterke» nok til å stå opp for seg selv og egen bakgrunn.

Mange av de som har opplevd rasisme og diskriminering på jobb, særlig de som har flere erfaringer med dette, forteller om en følelse av alltid å være i beredskap og på vakt mot at nye hendelser skal oppstå.

Det skaper nesten et stress, en type angst og uro for at det skal oppstå, at man er på vakt hele tiden (sykepleier)

Hver gang jeg skal ha en ny pasient, så tenker jeg, før jeg åpner døra, «hva skjer nå?» 8 av 10 ganger går det bra og man har det hyggelig med pasienten (sykepleier).

Disse informantene gir uttrykk for at jobbhverdagen preges av en form for minoritetsstress. Det å være mye på vakt fører til at helsepersonell som dette gjelder, opplever stress og negative følelser rundt pasientkontakt, selv om det i de aller fleste tilfeller ikke oppstår ubehagelige situasjoner.

Konsekvenser for yrkesutøvelsen og arbeidsplassen

For enkelte kan opplevelser av rasisme og diskriminering påvirke både yrkesutøvelse og yrkesglede. Noen opplever at de ikke får gjort jobben sin i møte med pasienter, eller at de må bruke ekstra tid for å bygge opp tillit slik at de kan undersøke eller behandle pasienter. En lege forteller at det oppleves frustrerende å ikke få gjort jobben sin slik hun skal, og at hun synes det er vanskelig å forklare dette til kollegaer og ledere. Dette er kanskje særlig utfordrende tidlig i karrieren, for eksempel i praksis og under spesialisering.

Flere beskriver også at nedstemtheten, usikkerheten og stresset de opplever som følge av slike hendelser, fører til at de blir mindre faglig engasjerte og mindre aktive på arbeidsplassen:

Den diskrimineringen, den er så kvelende, den dreper din kreativitet og spontanitet, man blir usikker på seg selv. Da vil man holde kjeft og være stille (ergoterapeut).

For enkelte betyr dette at de ikke lenger trives i et yrke som de i utgangspunktet brenner for.

Jeg er mindre opptatt av å utvikle meg faglig på grunn av dårlig miljø fra kunder og kollegaer, jeg er mest opptatt av å gå gjennom dagen og komme meg ut så fort som mulig. [...] Det er et yrke jeg har valgt og jeg har alltid drømt om å være farmasøyt. De ødelegger det yrket som jeg alltid har drømt og hatt gode følelser for. (farmasøyt).

Et par av informantene forteller at de, som følge av flere ubehagelige opplevelser i møte med pasienter, har fått endret stilling slik at de har mindre – eller ingen – pasientkontakt. For andre har slike opplevelser til sammen blitt så belastende at de ikke lenger klarer å stå i jobben. To av våre informanter har sagt opp sine stillinger som følge av gjentatte erfaringer med rasisme og diskriminering, mens andre står i arbeids-situasjoner de vantrives i og ønsker seg bort fra.

Enkelte beskriver en betydelig grad av omsorgstretthet fordi de opplever å måtte yte omsorg og service for pasienter som behandler dem svært dårlig, samtidig som arbeidsbelastningen er svært stor. Dette er imidlertid en utfordring for mange i helse- og omsorgssektoren, også for ansatte uten minoritetsbakgrunn.

Vet det er veldig mange sykepleiere som kjenner på utmattelse nå, ikke bare på grunn av denne tematikken, men hvis man i tillegg kjenner på at pasienten vil ikke ha behandling av deg fordi du er brun – det er ikke sånn vi beholder arbeidstakerne. [...] Jeg klarer ikke å se for meg at jeg skal pensjonere meg i dette yrket. Jeg har mine tvil. Sliten og diskriminert på jobb uten støtte fra kollegaer og ledelse – man blir sliten og ensom. (sykepleier)

Som tidligere nevnt, får vi inntrykk av at enkelttilfeller av rasisme og diskriminering – særlig fra pasienter – ofte ikke påvirker den som utsettes, i så stor grad at det får alvorlige negative konsekvenser, som at de ikke lenger ønsker å stå i jobben. De informantene som beskriver slike konsekvenser, har ofte opplevd en lang rekke negative opplevelser, gjerne i kombinasjon med manglende støtte og oppfølging fra kollegaer og ledere. Flere gir uttrykk for at manglende håndtering har ført til at opplevelsene «sitter i» lenger og påvirker dem mer:

Når man ikke vet hvordan man skal håndtere det, så sitter det mer, man husker det og det kan plage deg i lang tid. Men når man klarer å håndtere det, svare med noe, så blir man «ferdig med det». (laboratoriepersonell)

Konsekvenser for pasientene

Enkelte av informantene har uttrykt bekymring for at rasisme og diskriminering mot helsepersonell kan få negative konsekvenser for pasientene og helsehjelpen de får. En psykiater peker for eksempel på at pasienter som ikke ønsker å komme til henne på grunn av hennes minoritetsbakgrunn, kanskje må vente lenger på psykisk helsehjelp, eller få hjelp av en annen psykiater med mindre kompetanse på pasientens utfordringer enn henne.

En lege beskriver et annet eksempel fra sin arbeidsplass, der hun tidligere hadde observert at en sykepleier ble utsatt for grov rasisme fra en eldre pasient, uten at dette ble tatt tak i eller fulgt opp i ettertid. Kort tid etter denne hendelsen var samme sykepleier involvert i behandling av en pasient med hjerneblødning. Her oppsto det en misforståelse mellom sykepleieren og en annen overordnet kollega, som vår informant observerte:

[...] og da var det helt tydelig for meg at hun [sykepleieren] leste [kollegaens] atferd som rasisme uten at det var det. Jeg skjønnte at det her er noe hun har båret på fra det hun opplevde, og så blir det total misforståelse her i denne settingen mellom de to nå [...] [Sykepleieren] opplevde befalinger og beordringer, som kan virke litt ovenfra og ned, «du må vite din plass», «jeg er over deg», uten at det var det, det var bare vesenet til hun [kollegaen] – hun kan snakke sånn til meg og. [...] Det var bare leit å se på. To flotte fagpersoner som fikk en helt unødvendig greie, mens vi holdt på med pasientbehandling som er ganske tidskritisk. (lege)

Dette er legens observasjoner og tolkning av situasjonen, og vi vet ikke hvordan den utsatte sykepleieren selv opplevde dette. Likevel illustrerer dette eksempelet nettopp hvordan opplevelser av rasisme og diskriminering kan føre til et minoritetsstress der en person er mer tilbøyelig til å tolke nye, uheldige situasjoner som tilfeller av rasisme, selv om de ikke er det. Eksemplet illustrerer også hvordan minoritetsstresset kan forverre kollegarelasjoner og bidra til et dårligere arbeidsmiljø. Dette kan igjen påvirke samarbeidet og utgjøre en risiko – særlig i akutte situasjoner. Dersom helsepersonell ikke føler trygghet i jobben, blir usikre og stresset, kan dette føre til at de gjør feil.

4.5 Oppsummerende drøfting

Det er stor variasjon blant våre informanter med hensyn til hvor mye rasisme og diskriminering de har opplevd i jobben som helsepersonell. Mange av informantene reflekterer uoppfordret rundt årsakene til dette og peker på at en viktig faktor er i hvilken grad de er synlige minoriteter. Mange påpeker at jo mer synlig «annerledes» man er, jo mer utsatt er man for rasisme og diskriminering. Dette inkluderer for eksempel hudfarge, bruk av hijab og andre religiøse symboler, navn og klesdrakt. Også svake norskkunnskaper – eller antagelse om svake norskkunnskaper – er en del av dette.

Det er også stor variasjon blant våre informanter med hensyn til hvor mye og på hvilke måter rasisme og diskriminering de har opplevd i jobben som helsepersonell, har påvirket dem.

Informantene beskriver hvordan kjennetegn ved helsevesenet legger føringer for om de kan reagere på tilfeller av rasisme og diskriminering og hvilke handlingsalternativer de opplever at de har. Eksempler på slike føringer kan være pasientrettighetene og normer knyttet til at man som helsepersonell skal være nøytral og gi god helsehjelp og omsorg til alle. Dette stemmer overens med funn i tidligere studier, for eksempel Fangen og Paasche (2012) og Orupabo m.fl. (2022).

I møte med rasisme og diskriminering internt på arbeidsplassen, trekker mange av våre informanter frem et sterkt hierarki og mye bruk av midlertidige stillinger og vikariater som viktige grunner til at de ikke tør å si ifra om det de opplever. I tillegg kommer utfordringer knyttet til mangel på ressurser, stor arbeidsbelastning og underbemanning, som også kan utgjøre barrierer mot å ta tak i tilfeller av rasisme og diskriminering når de oppstår, og mot å jobbe forebyggende med dette.

De fleste informantene forteller at rasisme og diskriminering i liten grad har blitt tematisert på arbeidsplassen deres. Mange har opplevd at konkrete opplevelser ikke følges opp. Dette bidrar til at arbeidet med å bearbeide det som har skjedd, individualiseres og legges over på den utsatte. Orupabo m.fl. (2022) beskriver hvordan det mentale og emosjonelle arbeidet som kreves for å bearbeide slike hendelser dermed blir «usynlig» og kan føre til utmattelse for dem det gjelder.

Videre beskriver informantene i Orupabos undersøkelse hvordan det å skjule egen reaksjon i situasjonen, for eksempel i møtet med en pasient eller en kollega, kan føre til at slike negative erfaringer «lagres» og aggregeres – helt til begeret til slutt renner over (Orupabo m.fl. 2022). Flere av våre informanter beskriver lignende erfaringer og at mangelen på god håndtering av slike opplevelser på arbeidsplassen gjør at opplevelsene sitter i og ikke blir bearbeidet.

Informantenes opplevelser danner et bilde som ligner det som kommer frem i tidligere studier – også internasjonalt (se oppsummering av tidligere forskning i del 2.2). Informantene forteller om en lang rekke ulike former for rasisme og diskriminering, fra direkte rasistiske kommentarer og hatytringer, til det som gjelder underliggende, strukturelle forhold.

Helsepersonell som opplever rasisme og diskriminering, nevner alvorlige konsekvenser som preger psykiske helse, selvbilde, selvtillit, følelse av trygghet, trivsel i hverdagen og tanker om fremtidsmuligheter. Flere forteller om en vedvarende beredskapstilstand og om å være på vakt mot at nye hendelser skal oppstå. De ansatte opplever stress og negative følelser rundt pasientkontakt, selv om det i de aller fleste tilfeller ikke oppstår ubehagelige situasjoner. For noen fører opplevelsene til svekket yrkesglede og mindre faglig engasjement, og i verste fall til at de ikke lenger kan stå i jobben.

Generelt får vi inntrykk av at disse faktorene samlet sett gjør at helsepersonell står i en sårbar posisjon når det kommer til rasisme og diskriminering på arbeidsplassen.

5 Tiltak for forebygging og håndtering

I dette kapitlet gjengir og oppsummerer vi informantenes ønsker og forslag til tiltak for å forbygge og håndtere rasisme og diskriminering i helsevesenet. Enkelte informanter nevner at de har rettet seg til Likestillings- og diskrimineringsombudet og fagforeninger for bistand og rådgiving. Disse og liknende institusjoner kan gi støtte i enkeltsaker, men kan ikke skape strukturelle endringer ved arbeidsplasser og i helsevesenet. Tiltakene vi gjengir her, er derfor rettet mot ledelsen ved helseinstitusjonene. Ledelsen på hver enkelt institusjon har handlingsrom og myndighet til å innføre rutiner og arbeide for kompetanseheving og kulturendring.

Tiltakene knytter seg i hovedsak til forebygging og håndtering av hendelser med rasisme og diskriminering ved helseinstitusjonene som arbeidsplasser. Imidlertid vil tiltakene også komme pasientene til gode. For eksempel kan økt bevissthet og kunnskap om minoritetsstress, rasisme og diskriminering blant de ansatte også føre til færre tilfeller av rasisme og diskriminering mot pasienter.

5.1 Styrke bevissthet og kompetanse

Anerkjennelse og kunnskap om hva rasisme og diskriminering er og kjennskap til at det forekommer, står frem som svært sentralt for informantene vi har snakket med. For å styrke kollegaer og lederes bevissthet rundt og kompetanse på feltet, er flere tiltak relevante.

Styrke ansattes mangfoldskompetanse

Det å erkjenne at rasisme og diskriminering skjer, løftes frem som helt sentralt blant flere informanter. De mener det er behov for mer kunnskap om utbredelsen av rasisme og diskriminering som finner sted i helsevesenet.

Nummer én er at man må anerkjenne at det finnes rasisme og diskriminering i helsesektoren og at det påvirker pasientene og våre ansatte. (lege)

Informantene foreslår ulike måter å øke mangfoldskompetansen på. Flere nevner workshops, kurs og opplæring for alle ansatte om kulturelt mangfold og implisitte bias. På slike arenaer kan de ansatte diskutere fiktive og ekte hendelser fra arbeidsplassen på en trygg måte. Slikt arbeid kan bidra til en felles erkjennelse i ansattgruppen av at rasisme og diskriminering forekommer, og at enkelte ansatte rammes i større grad enn andre. Andre ønsker seg fagdager, at dette løftes som tema på personalmøter eller tilbud om kurs og videreutdanning innenfor emnet, for både ledelse og ansatte. Å sette av tid til temaet i fellesskap gir anerkjennelse til viktigheten av å diskutere fordommer, rasisme og diskriminering og skaper samtidig en arena for å si ifra og lytte til hverandre på en annen måte enn i arbeidshverdagen ellers.

Særlig det med skjult rasisme. Folk slenger ut kommentarer som egentlig er upassende, og i sosial setting er det vanskelig å si at «det var upassende». Det hadde vært fint om samfunnet fikk innblikk i hva den skjulte rasismen er. At det som kanskje virker som en uskyldig kommentar, kan oppleves og tolkes annerledes og være vondt for andre. Det savner jeg, gi et innblikk. (bioingeniør)

Mangfoldskompetanse i helseutdanningene

Flere av informantene, både blant helsepersonell og pasienter, tar også til orde for at forskningsbasert kunnskap om rasisme, diskriminering og fordommer i større grad bør inngå i helseutdanningene. Informantene mener det er viktig med høyere bevissthet om egne holdninger og om etikk, med et mål for øyet at tilliten mellom helsepersonell og utsatte pasientgrupper kan bli styrket.

I en stadig mer mangfoldig befolkning er det viktig å lære helsepersonell ikke bare kulturell kompetanse, men også å være vanlige mennesker. Tror mange har gode intensjoner, men intensjoner er bare intensjoner og noen ganger kan man skade pasienter uten å mene det. Det gjelder oss alle. (lege)

Mer mangfoldskompetanse i helseutdanningene kan også øke bevisstheten om utfordringer med minoritetsstress, fordommer, rasisme og diskriminering knyttet til helseinstitusjonen som arbeidsplass, med kollegaer, ledere og ansatte.

Styrke mangfold og representasjon

Et annet sentralt tiltak er å styrke mangfoldet på alle nivåer ved helseinstitusjonene. Flere informanter påpeker at behovet for å styrke mangfoldet er særlig stort i ledelsen og i forbindelse med ansettelse i lederstillinger. Informantene peker på at et mangfoldig lederskap ikke bare er viktig for bedre representasjon i seg selv, men også for å sikre at flere perspektiver blir hørt og tatt hensyn til i beslutningsprosesser.

[Det er viktig å] tilstrebe mangfold i ledersjiktene, og det ser jeg er en stor sårbarhet. På rekrutteringsnivå bør [det] være fokus på mangfoldig representasjon. [Blant] renholdspersonalet og sykepleiere, der ser du god representasjon, men det er folk som jobber på gulvet. Jeg vil se mangfold på ledernivå. (tannlege)

Samfunnet skal reflekteres, helsevesenet skal være for alle, og da synes jeg at de som tar beslutninger skal reflektere mangfold i pasientpopulasjon. Hvis man ikke har de stemmene i de arenaene, så vil det føre til at det er viktig perspektiv som mangler. Som igjen vil gjenspeile seg i policy-arbeid som gjøres på systemnivå. (lege)

Styrke bevissthet om språk og kommunikasjon

Både helsepersonell og pasienter trekker frem betydningen av språk for å ta opp temaer knyttet til rasisme og diskriminering. Mange erfarer at det er vanskelig å ta opp konkrete utsagn eller hendelser, eller snakke om tematikken rasisme og diskriminering generelt, fordi ordene man må gjengi eller bruke for å beskrive fenomenene, oppfattes som ladede og truende. Flere har inntrykk av at personer med majoritetsbakgrunn har en frykt for å bli «stemplet som rasist» og kan gå i forsvar når disse temaene tas opp. Dette gjør det vanskelig å skape rom for konstruktive samtaler:

Det er ikke du som er rasist, men rasisme eksisterer, og hvis du sitter med fordommer er det ikke alene din feil, men du har et ansvar for å gjøre noe med det på individnivå. [Det] ufarliggjorde det å snakke om rasisme. Mange er redd for å bli anklaget. (sykepleier)

Rasisme-ordet hindrer en del samtaler, hindrer en del forståelse. For folk er så redd for å bli kalt rasist, er så redd for å ikke være politisk korrekt i ulike sammenhenger. De blir så defensive. (lege)

En pårørende opplever at manglende vokabular bidro til at dialogen med helsepersonell ble famlete og usikker. Hun mener at helsepersonell bør øve seg på å snakke trygt om mangfold og på hvordan de kan benevne forhold knyttet til for eksempel kultur, etnisitet og religion. En annen pårørende mener helsepersonell bør bruke case-oppgaver i kompetanseheving, for å øve seg på å bli tryggere på å snakke om rasisme og fordommer, og for å øke bevisstheten rundt hva som skaper ubehag i slike samtaler.

5.2 Styrke rutiner og retningslinjer

Flere av informantene peker på behovet for systematikk og tydelige retningslinjer for forebygging og håndtering av situasjoner som kan oppleves som rasisme og diskriminering. Mange ønsker seg at ledere tar tydelig ansvar når ansatte opplever rasisme og diskriminering, både når det kommer fra pasienter og fra kollegaer. Det handler både om å ha rutiner for å unngå at slike episoder oppstår, om håndtering av episodene når de oppstår og om bearbeiding og oppfølging i etterkant.

Rutiner og retningslinjer for rapportering

Få av våre informanter kjenner til om arbeidsplassen deres har retningslinjer og rutiner for rapportering av uønskede hendelser, herunder rasisme og diskriminering. Flere nevner at rutiner og retningslinjer, inkludert oppfordringer om å rapportere om slike hendelser, ville være sentrale i arbeidet med både å forebygge og håndtere rasisme og diskriminering.

Formalisering av rapportering av slike hendelser vil bidra til å erkjenne forekomsten av fenomenene. Dessuten vil det å tallfeste omfanget og kvantifisere hendelsene bidra til at ledelse og ansatte vil bli klar over og «se» problemet.

Beredskap mot uønskede situasjoner

Å utarbeide konkrete retningslinjer for hva ansatte kan gjøre når uønskede situasjoner med rasisme og diskriminering oppstår, er et konkret tiltak flere ønsker seg.

Forberedte, gjennomtenkte handlingsalternativer, for eksempel dersom en pasient nekter å motta helsehjelp fra en ansatt med minoritetsbakgrunn, er både med på å ruste de involverte i den konkrete situasjonen og skaper erkjennelse og bevissthet rundt at slike situasjoner kan oppstå.

Andre konkrete forslag til tiltak er å utarbeide formuleringer som alle ansatte er kjent med og kan anvende når ukomfortable situasjoner oppstår. Formuleringene kan for eksempel brukes for å avvise uakseptabel språkbruk eller for å gi beskjed om at man vil journalføre at helsehjelp er blitt tilbudt, men avslått av pasienten på rasistisk grunnlag.

Flere understreker at slike beredskapsrutiner ikke kan være den enkelte utsattes ansvar, men at ansattgruppen må utarbeide en slik beredskap sammen som fellesskap. Arbeidet må være tydelig forankret ved arbeidsplassen og i ledelsen, slik at alle vet at de har kollegaer og ledelsen «i ryggen» når de står i en situasjon hvor de skal sette grenser overfor pasienter.

Reaksjoner etter hendelser

Ledere må ha tydelige holdninger og si klart ifra, særlig ved hendelser som skjer i lederens nærvær. Også for hendelser som først blir kjent for ledelsen ved et senere tidspunkt, mener flere at det er viktig at leder griper inn og sier klart ifra. Det kan gjøres ved å ta opp hendelser (anonymisert) i ansattgruppen, å ta opp hendelsen med de involverte direkte og ved å tilby oppfølging til den som ble utsatt. Det bør også være en rutine for hvordan ledere skal ta tak i slike situasjoner, slik at oppfølgingen ikke blir personavhengig.

Reaksjoner overfor personer som utsetter andre for rasisme og diskriminering, vil være ulike avhengig av om vedkommende er pasient eller helsepersonell eller annen ansatt ved helseinstitusjonen. Enkelte informanter har ønsket at reaksjoner overfor pasienter kan være å si ifra at det ikke er greit å snakke slik til de ansatte og å informere pasienten om at de ikke har anledning til å velge helsepersonell som skal gi helsehjelp.

Samtaler og oppfølging av de utsatte

De aller fleste informantene nevner samtaler med og anerkjennelse fra nærmeste leder som et viktig tiltak i etterkant av en uønsket hendelse. Både i tilfeller der leder får informasjon i etterkant og hendelser der leder selv er til stede under en hendelse, er samtaleoppfølging med den utsatte viktig.

Flere peker på behov for en «debrief» og samtaler i etterkant, på samme måte som ved andre krevende opplevelser i arbeidshverdagen. Slik oppfølging er viktig for at den utsatte skal kunne legge hendelsen bak seg.

Flere er redde for å ikke bli trodd og lar derfor være å snakke med sin leder. I samtalen med den utsatte er det derfor avgjørende at lederen viser at de tror på det som blir fortalt og at de tar det alvorlig. Lederen bør lytte til den utsattes behov og ønsker for videre oppfølging og ha forslag til videre håndtering selv, slik at ikke den utsatte blir ansvarlig for å komme med løsninger.

Styrke informasjon om pasientrettigheter og klagemuligheter

Enkelte informanter peker på at pasienter bør få bedre informasjon om sine rettigheter og klagemuligheter ved diskriminering, og at dette bør være en del av systemet rundt pasientbehandlingen.

5.3 Oppsummerende drøfting

Informantene i denne undersøkelsen har hatt flere forslag til tiltak for å forebygge og håndtere hendelser med rasisme og diskriminering. Flere understreker behovet for systematiske og tydelige retningslinjer. De er opptatt av at ledere må ta tydelig ansvar, reagere konsekvent og gi oppfølging til de berørte etter hendelser. Mange helsepersonell kjenner ikke til om det eksisterer rutiner for rapportering og etterlyser formaliserte ordninger som erkjenner fenomenet og som gir ledelsen oversikt over omfanget. Informantene foreslår også at ansatte og ledere sammen kan utarbeide strategier og felles formuleringer for å forhindre og håndtere uønskede situasjoner, slik at ansvaret ikke overlates til den enkelte helsearbeider.

Behovet for økt mangfold, særlig i ledelse, fremheves av flere. Språk og kommunikasjon er sentrale utfordringer, og øvelser og caseoppgaver vil kunne føre til en større trygghet blant helsepersonell til å snakke om ulikhet, fordommer og opplevelser av rasisme og diskriminering.

Mange er opptatt av å styrke mangfoldskompetanse blant helsepersonell og foreslår tiltak som workshops, kurs og å inkludere temaet i helseutdanningene. Informasjonen til pasienter om pasientrettigheter og mulighetene til å klage på diskriminering eller rasistiske hendelser bør også styrkes.

6 Oppsummering og videre forskningsbehov

I denne rapporten har vi redegjort for erfaringer som pasienter og helsepersonell har med opplevd rasisme og diskriminering i helsevesenet.

Pasienter forteller om erfaringer med å ikke bli trodd eller ikke å bli tatt på alvor når de beskriver symptomer og smerter. De opplever at språkbarrierer og mangelfull kommunikasjon kan stå i veien for informasjon om sykdom og behandling – og til og med for nødvendig helsehjelp. En del pasienter og pårørende forteller om at de får for lite informasjon fra helsepersonell. Flere opplever nedlatende holdninger og belærende kommentarer om forholdene «her i Norge» og opplever at de behandles annerledes enn etnisk norske pasienter. Mange har også erfart avvisende atferd, ufine kommentarer og mangel på respekt for religiøse og kulturelle praksiser.

Pasientene erfarer at opplevelsene deres har ført til svekket tillit til helsevesenet, motvilje mot å kommunisere med helsepersonell, emosjonelle reaksjoner og en svekket følelse av å høre til i det norske samfunnet. Noen pasienter velger å oppsøke helsehjelp privat eller i utlandet i stedet for å oppsøke offentlige helsetjenester i Norge. De fleste forteller at de håndterer opplevelsene og følelsene sine alene eller med støtte fra eget nettverk. Bare noen få har sendt klage eller har mottatt oppfølging fra institusjoner.

Helsepersonell beskriver opplevelser med rasisme og diskriminering både fra pasienter og fra kollegaer. De har opplevd at pasienter nekter å motta hjelp på grunn av helsepersonellens etnisitet og religiøse hodeplagg. Noen forteller om negative kommentarer om bakgrunn eller religion, fra både pasienter og kollegaer. Flere beskriver også ubehagelige spørsmål, kommentarer og antakelser om opprinnelsesland eller religion og opplever å bli ignorert eller utestengt sosialt fra kollegafelleskapet. Noen informanter opplever at det er vanskeligere for dem enn for andre å finne en relevant jobb eller å bevege seg oppover i hierarkiet.

Helsepersonell opplever at opplevelsene fører til stress, usikkerhet og redusert yrkesglede. Noen forteller om en opplevelse av å måtte gi avkall på en del av egen identitet, for å bli «likere» sine kollegaer. Enkelte har endret stilling for å få mindre pasientkontakt, eller de har sluttet i jobben.

Mange av informantene som er helsepersonell, rapporterer ikke hendelsene fordi de ikke kjenner til rutiner for rapportering og fordi de ikke ønsker å være til bry. En del forteller om frykt for ikke å bli trodd. Flere har opplevd at ledelsen ikke tar hendelsene på alvor.

Begge informantgruppene forteller om opplevelser med rasisme og diskriminering i subtile og indirekte former. Det er vanskelig for den som er utsatt, å vite sikkert hva som ligger bak slike erfaringer, og dermed også vanskelig å reagere og å si ifra når det skjer.

Både pasienter og helsepersonell forteller om at de ikke sier ifra eller rapporterer det de opplever. Det kan handle om at de er redde for å ikke blir trodd, at de ikke vet hvem de kan melde fra til eller at de ikke vil «være til bry». Pasienter/pårørende kan være redde for å få dårligere behandling. Helsepersonell kan være redd for å oppfattes som vanskelige av kollegaer og ledere, og for å miste fremtidige muligheter i arbeidslivet.

Det er også felles for begge grupper at opplevelsene med rasisme og diskriminering er svært belastende, og at det krever mye mentalt og emosjonelt arbeid å bearbeide opplevelsene.

Informantene ønsker styrkede rutiner for rapportering, reaksjoner overfor de som utøver rasisme og diskriminering og oppfølging av utsatte ansatte. De utlyser også økt mangfold og representasjon på alle nivåer i helseinstitusjonene og kulturell kompetanse i helseutdanningene.

Videre forskningsbehov

Denne studien gir ny og utfyllende informasjon om hvordan rasisme og diskriminering i helsevesenet oppleves. Samtidig er studien begrenset i omfang, og det trengs videre kunnskapsutvikling både om omfang, konsekvenser og effektive tiltak for å sikre likeverdige tjenester og inkluderende arbeidsmiljø i helsevesenet. I det følgende peker vi på noen mulige retninger for videre kunnskapsutvikling på feltet.

Det finnes forskning på rasisme og diskriminering i arbeidslivet, men få systematiske undersøkelser som retter seg spesifikt mot helsepersonell og omfanget av slike erfaringer i helsesektoren. Sektoren har særegne strukturer, hierarkier og arbeidsbetingelser som kan bidra til at rasisme og diskriminering får særegne uttrykk og kan oppleves ekstra belastende for de som rammes.

Det er behov for en systematisk kartlegging av hvor utbredt opplevelser av rasisme og diskriminering er blant helsepersonell og å få mer kunnskap om hvilke forhold som gir økt risiko for slike opplevelser.

Det gjøres viktig og systematisk arbeid med forebygging og håndtering av rasisme og diskriminering ved enkelte helseinstitusjoner. Bedre innsikt i hva som er god praksis og hvilke tiltak som er effektive og bidrar til redusert diskriminering og bedre arbeidsmiljø, vil være svært verdifullt i arbeidet med å bekjempe rasisme og diskriminering i helsevesenet.

Det er også behov for mer kunnskap om pasienter med innvandrerbakgrunns erfaringer med opplevd rasisme og diskriminering. Særlig er det utfordrende å fange opp de mest sårbare pasientene – mange er i tvil om det de opplever er diskriminering, noe som gjør det vanskelig å dokumentere problemets omfang og karakter. Videre er det behov for mer forskning på i hvilken grad helsepersonells (ubevisste) holdninger og strukturelle forhold i sektoren gir helseulikhet og ulik tilgang til helsetjenester.

Helsevesenet står overfor nye utfordringer når en økende andel personer med innvandrerbakgrunn blir eldre og får behov for mer omfattende helsehjelp. Det er behov for kunnskap om hvordan helsetjenestene kan tilrettelegges i tråd med kulturelle hensyn og hvordan bruken av tolketjenester kan styrkes.

Litteratur

- Aambø, A. (2021) «Helsekonsekvenser av diskriminering i arbeidslivet», *Søkelys på arbeidslivet*, 38(3-4): 275-286.
- Almashhadani, M. og A.H. Spjeldnæs (2024) «Medisinstudenter utsettes for rasisme», *Tidsskrift for den norske legeforening* 144(14). doi: 10.4045/tidsskr.24.0368.
- Andersson (2022) *Rasisme – en innføring*. Fagbokforlaget.
- Antirasistisk Senter (2018) Vi vil ikke leke med deg fordi du er brun – en undersøkelse av opplevd rasisme blant ungdom. [Vi-vil-ikke-leke-med-deg-fordi-du-er-brun-en-undersøkelse-av-opplevd-rasisme-blant-ungdom.pdf](#)
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2023) Handlingsplan mot rasisme og diskriminering – ny innsats 2024–2027.
- Arora, S., Straiton, M., Rechel, B., Bergland, A. og Debesay, J. (2019) Ethnic boundary-making in health care: Experiences of older Pakistani immigrant women in Norway”, *Social Science and Medicine* vol. 239.
- Bangstad, S. (2021). Strukturell rasisme. KIFO rapport 2021:1.
- Bangstad, S. og Døving, C.A. (2016). Hva er rasisme. Universitetsforlaget.
- Bergsagel, I. (2020) «Sykepleiere diskrimineres på grunn av hudfarge: «Pasienten ville ikke bli stelt av svarte folk»», *Sykepleien*. Hentet fra: [Sykepleiere diskrimineres på grunn av hudfarge: «Pasienten ville ikke bli stelt av svarte folk»](#).
- Braun, V. og V. Clarke (2006). "Using thematic analysis in psychology." *Qualitative Research in Psychology* 3(2): 77-101.
- Cottingham, M.D. og Andringa, L. (2020) ««My Color Doesn't Lie»: Race, Gender, and Nativism among Nurses in the Netherlands”, *Global Qualitative Nursing Research* 2020: 7.
- Cottingham M.D., A.H. Johnson, R.J. Erickson (2017) ««I Can Never Be Too Comfortable»: Race, Gender, and Emotion at the Hospital Bedside”, *Qualitative Health Research* 28(1):145-158.
- Dalen, K., Flatø, H. og Friberg, J.H. (2022) *Hverdagsintegrering. En pilotundersøkelse om tillit, tilhørighet, deltakelse og diskriminering i innvandrerbefolkningen*. Fafo-rapport 2022-15.
- Dalen, K., Flatø, H., Friberg, J.H. og Sterri, E.B. (2024) *Hverdagsliv og integrering. Deltakelse, tillit, tilhørighet og diskriminering blant personer med innvandrerbakgrunn*. Fafo-rapport 2024-24.
- das Nair, R. og Sand, K. (2024) Erfaringer med minoritetsstress. SINTEF, Rapport 2024:00465. Hentet fra: [Rapport+fra+Erfaringer+med+minoritetsstress+SINTEF+20.juni+2024++-+signed.pdf](#).
- Debesay, J., S. Arora og M. Fougner (2022) “Organisational culture and ethnic diversity in nursing homes: a qualitative study of healthcare workers' and ward nurses' experiences”, *BMC Health Services Research* 22:843.
- Debesay, J., E. Wille og S. Arora (2024) «Rasisme kan være en utfordring for pasienter og helsepersonell», *Sykepleien* 2024;112.

- Diehl, C. & Liebau, E. (2017). Perceptions of discrimination: What do they measure and why do they matter?, SOEP papers on Multidisciplinary Panel Data Research, No. 945, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
<http://hdl.handle.net/10419/173391>.
- Djuve, A.B., Sandbæk, M.L. og Lunde, H. (2011) *Likeverdige tjenester? Storbyenes tjenestetilbud til en etnisk mangfoldig befolkning*. Fafo-rapport 2011:35.
- Dywili, S, L. O'Brien og J. Anderson (2021) ««It's only the skin colour, otherwise we are all people»: the changing face of the Australian nurse», *Australian Journal of Advanced Nursing* 38(2).
- Egge-Hoveid, K. (2018) «Diskriminering», i *Levekår blant norskfødte med innvanderforeldre i Norge 2016*, SSB-rapport 2018/20.
- Estacio, E.V. og S. Saidy-Khan (2014) «Experiences of Racial Microaggression Among Migrant Nurses in the United Kingdom», *Global Qualitative Health Research* 2014;1.
- Fangen, K. og E. Paasche (2012) "Young adults of ethnic minority background on the Norwegian labour market: The interactional co-construction of exclusion by employers and customers", *Ethnicities* 0(0)- 1-18.
- Goffman, E. (1982) *Interaction Ritual. Essays in Face-to-Face Behavior*. New York: Pantheon Books. (Opprinnelig utgitt i 1967).
- Grimen, H. (2000) Samfunnsvitenskapelige tenkemåter. Oslo. Universitetsforlaget.
- Hamed, S., Thapar-Björkert, S., Bradby, H. og Ahlberg, B.M. (2020) "Racism in European health care: Structural violence and beyond", *Qualitative Health Research*, 30(11): 1662-1673.
- Hamre, K. (2017) «Diskriminering», i *Levekår blant innvandrere i Norge 2016*, SSB-rapport 2017/13.
- Hofstad, E. (2023) «Sykepleier fikk rasistiske kommentarer fra pasient: - Jeg ble ganske paff», *Sykepleien* 23.03.23. Hentet fra:
<https://sykepleien.no/2023/03/sykepleier-fikk-rasistiske-kommentarer-fra-pasient-jeg-ble-ganske-paff>.
- Kour, P., Lien, L., Kumar, B., Biong, S. og Pettersen, H. (2020) «Treatment Experiences with Norwegian Health Care among Immigrant Men Living with Co-Occurring Substance Use. And Mental Health Disorders», *Substance Abuse: Research and Treatment* 14:1-10.
- Leseth, A. B. og Tellmann, S. M. (2018) *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Cappelen Damm Akademisk.
- Lien, I.-L. (2021) «Health workers and Sub Saharan African women's understanding og equal access to healthcare in Norway», *PloS ONE* 16(9). [Health workers and Sub Saharan African women's understanding of equal access to healthcare in Norway | PLOS One](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247841).
- Lindheim, T. (2022) "Hvem er den svake part? Om ledere og ansattes håndtering av trakassering, diskriminering og rasisme på sykehjem», *Tidsskrift for omsorgsforskning* 8(2): 90-106.
- Mbanya, V.N. m.fl. (2019) «Access to Norwegian healthcare system – challenges for sub-Saharan African immigrants», *International Journal for Equity in Health* 18:125.

- Midtbøen, A. og Lidén, H. (2015) *Diskriminering av samer, nasjonale minoriteter og innvandrere i Norge. En kunnskapsoppsummering*. Institutt for samfunnsforskning. Rapport 2015:01.
- Midtbøen, A.H. (2019). Discrimination at Work: The Case of Norway. I Vassilopoulou, Joana; Brabet, Julianne & Showunmi, Victoria (Red.), *Race Discrimination and Management of Ethnic Diversity and Migration at Work: European Countries' Perspectives*. Emerald Group Publishing Limited. ISSN 978-1-78714-594-8. s. 153– 173.
- Midtbøen, A.H. (2021) Strukturell rasisme i en strukturelt inkluderende velferdsstat? *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 62(1), 106-115.
- Moe, V. & Døving, C. A. (red.) (2022). *Diskrimineringserfaringer blant muslimer i Norge*. HL-senteret og Likestillingssenteret KUN.
- Proba (2023a). *Kunnskapsformidling om rasisme og diskriminering*. Proba-rapport 2023- 2.
- Proba (2023b) *Barn og unges erfaringer med rasisme og diskriminering*. Rapport 2023,19.
- Proba (2024a) *Hvordan kan kommuner kartlegge rasisme og diskriminering?* Proba-rapport 2024-13.
- Proba (2024b) *Kartlegging av opplevd diskriminering i Kristiansand kommune*. Proba-rapport 2024-14.
- Proba (2024c) *Kartlegging av opplevd diskriminering i Bærum kommune*. Proba-rapport 2024-17.
- Prøitz, L. (2020) Psykt tabu: En kvalitativ studie av unge voksne med flyktning og innvandrerbakgrunns forståelser av psykisk helse og erfaringer fra møter med helsepersonell. Oslo: Nora, ISBN: 9788292038130
- Orupabo, J. (2014). Interseksjonalitet i praksis: utfordringer med å anvende et interseksjonalitetsperspektiv i empirisk forskning. *Sosiologisk tidsskrift*, 22(4), 352–282.
- Orupabo, J., A. Vassenden og A. Handullén (2022) «Å redde hvite folks ansikt: Ritualer og makt i rasialiserte situasjoner», i Døving, C.A. (red.) *Rasisme. Fenomenet, forskningen, erfaringene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rostadmo, M. (2021) «Svart hud er tykkere enn hvit», *Tidsskrift for den norske legeförening* 141, doi: 10.4045/tidsskr.21.0058.
- Sand, K. Og Thaulow, K. (2022) *Likeverdige digitale offentlige tjenester*. Sintef-rapport 2022:01467.
- Serafini, K. m.fl. (2020) «Racism as Experienced by Physicians of Color in the Health Care Setting», *Family Medicine* 52(4): 282-287.
- Skorgen, Ikdahl og Berg-Nordlie (2022). *Rasisme*. Store norske leksikon. URL: <https://snl.no/rasisme>.
- Skybjørg, H., Misje, I. og Hageberg, E. (2025) «Man føler seg ensom. Vi er bare med oss selv.» *En undersøkelse av rasisme og diskriminering i Voss herad*. Ideas2evidence-rapport 6:2025.
- Spilker, R.S. m.fl. (2022) «Helse blant personer med innvandrerbakgrunn», i *Folkehelse rapporten*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/?term=>.

- Strøm, F. m.fl. (2024) *Forprosjekt til levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2026*. SSB-notat 2024/18.
- Tronstad, K.R. (2009) *Opplevd diskriminering blant innvandrere med bakgrunn fra ti ulike land*. SSB-rapport 2009/47.
- Tveit, S. og Sandset, T. (red.) (2022) *Kunnskapsoppsummering om rasisme og diskriminering: Hva vet vi, blindsoner og veien videre*. Minotenk.
- Wiig, F.L. (2023) «Jeg vil ikke bli stukket av deg. Du får hente en hvit», Bioingeniøren 02.06.2023. Hentet fra: <https://www.bioingenioren.no/aktuelt/jeg-vil-ikke-bli-stukket-av-deg-du-far-hente-en-hvit/109805>.
- Wollscheid, S. (2022) *Effekter av rasisme og diskriminering på integrering i arbeidslivet*. NIFU-rapport 2022:20.