

***MBA HHB BODØ  
BE323E***

***Psykisk helsevern til den samiske  
befolkningen – kulturelle utfordringer***

Tone Kristin Amundsen

## Forord

Å skrive denne masteroppgaven har vært lærerik og spennende, men til tider også en svært frustrerende prosess. Men å ha mulighet til å fordype meg i et tema som jeg har interesse for og som angår psykisk helsevern er et privilegium. Det å få lov til å sette fokus på det jeg virkelig brenner for ”helsetjenester til den samiske befolkningen” gir meg energi, en enorm stå på vilje og lyst til å jobbe videre med å utvikle samiske helsetjenester.

Denne oppgaven hadde jeg ikke kunne gjennomføre uten mine informanter som har delt sine tanker og følelser om, det å benytte seg av et tjenestetilbud innenfor psykisk helsevern til den samiske befolkningen. En stor takk til mine fem informanter!

Takk til min veileder Arne Brinchmann som med klokskap og tålmodighet, har fått meg til å skjønne hvordan en masteroppgave skal utformes og presenteres.

Jeg vil også takke SANKS ledelse for at jeg har fått muligheten til lede et så spennende prosjekt som ”Utvikling av nasjonale kliniske tjenester utenfor Finnmark” Da var det ikke vanskelig å vite hva min masteroppgave skulle dreie seg om.

Til slutt vil jeg takke mine fantastiske flotte venner og reddende engler Rita-Alise, Lars og Marit, som fikk meg videre når jeg hadde mest panikk for å ikke komme i mål. Hva skulle jeg gjort uten dere?

Bådåddjo 20. desember 2012

Tone Kristin Amundsen

## SAMMENDRAG

Denne masteroppgaven omhandler psykisk helsevern til den samiske befolkningen og organisasjonen (SANKS) Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern, som i all hovedsak ble etablert fordi at samer har rett til et tjenestetilbud som innehar kompetanse i samisk språk og kultur. Det må være en målsetning at alle mennesker med psykiske lidelser får et likeverdig tilbud, det vil si et tilbud som oppnår like god effekt uansett hvilken bakgrunn de har. I den forbindelse var det interessant å finne ut hvordan den samiske brukergruppen opplevde tjenestetilbudet innenfor psykisk helsevern. Derfor ble temaet for denne oppgaven å se på den samiske brukergruppens opplevelse av tjenestetilbudet innenfor psykisk helsevern i regi av SANKS.

Masteroppgaven er en kvalitativ studie, og har en fenomenologisk tilnærming. Undersøkelsen bygger på intervjuer av 5 pasienter / klienter i SANKS eget behandlingsapparat som har ulik geografisk tilhørighet, kjønn, alder og behov. Empirien bygger på deres opplevelse av møtet med behandlingsapparatet innenfor psykisk helsevern. Målet med undersøkelsen er å se på om det er behov for et eget samisk tjenestetilbud i regi av SANKS med utgangspunkt i prosjektet ”Utvikling av nasjonale kliniske tjenester utenfor Finnmark” og å vurdere hva som er kritisk suksessfaktorer i arbeidet med å skape et slik tilbud.

Oppgaven dreier seg om psykisk helsevern, og derfor er det naturlig å beskrive nærmere begreper og temaer om hva psykiske lidelser kan være og hvilke behandlingsmetoder som er vanlig å benytte. Siden brukergruppen er en minoritet vil det også settes fokus på kulturperspektivet.

I min undersøkelse er det noen tydelige funn som gjenspeiler seg hos informantene i møte med SANKS tjenestetilbud:

- Alle informantene uttrykker en følelse av å bli forstått i møte med SANKS og dette fremstår som en viktig forutsetning for opplevelsen av et godt behandlingstilbud

- Informantene fremhever i særlig grad betydningen av at behandlingsapparatet har kjennskap til og kunnskap om oppvekst, slektsforhold, barneoppdragelse og folketro relatert til den samiske befolkningen. Dette beskrives som en forutsetning for etableringen av en god og tillitsfull relasjon mellom brukerne og behandlingsapparatet.
- Alle informantene konkluderer med at det er behov for et samisk tjenestetilbud og at dette er forutsetningen for at de skal få den hjelpen de trenger.

## **ABSTRACT**

This master's thesis consists of the mental health services regarding the Sami population and the organisation Sami national centre of resources (SANKS), which was founded because of the rights of the Sami population and their need for a service which is proficient in Sami language and culture. One of the main tasks is that all people with mental illnesses gets an equal service, which means that they have the same effect of the treatment as other patient groups. In that regard, it was interesting to gain knowledge about how the Sami patients experienced their mental health service. That's why this thesis focuses about how the Sami patient group experienced their mental health care, organised by SANKS.

The thesis is a qualitative study, and has a phenomenological approach. This study is based on interviews of 5 patients / clients in SANKS own treatment facility and care, which has different geographical affiliation, gender, age and need for care. The empirical data is kept valid by assessing their interactions with the care system within mental health. The main goal with the study is to validate the need for a Sami treatment system in the hands of SANKS, with the starting point of the project "Development of national clinical services outside Finnmark" and consider what are critical success Factors in the work to establish such a treatment.

The thesis concerns mental health services, and it's thus natural to describe terms and subjects regarding what mental illnesses can be and which treatment methods are common. Because of the patient group which are a minority, the cultural side of it is reviewed as well.

In my assessment, there are three findings which are prominent in the interviews with the informants:

- All informants expresses a feeling of being understood in meeting with SANKS and this emerging as an important prerequisite for the experience of a good treatment

- The informants highlights particularly the importance of the treatment staff has knowledge about childhood, family relations, upbringing and folklore related to the Sami population. This is described as an condition to establish a good and trustful relation between users and treatment staff.
- All informants express a need for a Sami mental health service and that is a condition to get the help they need.

## Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	8
2	Bakgrunnsinformasjon .....	10
2.1	Organisering av Spesialisthelsetjenesten i Norge .....	10
2.1.1	Organisering av Helse Nord/ Helse Nord.....	11
2.1.2	SANKS - Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern .....	12
2.2	Prosjektet ”Utvikling av nasjonale kliniske tjenester utenfor Finnmark” .....	14
2.2.1	Forankring og oppdrag/mandat .....	14
2.2.2	Organisering av prosjektet.....	15
3	Teoretiske perspektiver.....	16
3.1	SANKS som organisasjon .....	16
3.1.1	Sosialt .....	17
3.1.2	System .....	18
3.1.3	Bevisst konstruert .....	18
3.1.3.1	Psykisk helsevern, psykiatri og psykiske lidelser .....	19
3.1.3.2	Samtalen, det psykiatriske intervju .....	21
3.1.3.3	Medikamentell behandling.....	22
3.1.3.4	Samisk psykisk helsevern .....	22
3.1.3.5	Kultur .....	24
3.1.3.6	Kulturforståelse, kulturkompetanse og kulturkunnskap .....	26
3.1.4	Løse oppgaver og realisere mål.....	28
3.1.4.1	Likeverdige tilbud .....	30
4	Vurdering og valg av metode .....	32
4.1	Valg av metode .....	32
4.2	Utvalg .....	34
4.3	Forskningsdesign .....	34
4.4	Gjennomføringen.....	37
4.5	Analyse .....	37
5	Funn og analyse, vurderinger av det som kommer frem.....	40
5.1	Følelsen av å bli forstått: .....	41
5.2	Kjennskap og kunnskap om oppvekst, slektsforhold, barneoppdragelse og folketro .....	45
5.3	Alle informantene uttrykker et behov for et samisk tjenestetilbud.....	50
6	Avsluttende refleksjoner.....	54
	VEDLEGG 1 .....	60
	SANKS - undersøkelse.....	60
	VEDLEGG 2 .....	61
	Forespørsel om å delta i forskningsprosjekt.....	61
	Vedlegg 3.....	63
	Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS .....	63

# 1 Innledning

Denne oppgaven er en undersøkelse av pasienters opplevelse av møte med SANKS tjenestetilbud. SANKS er Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern, som har et nasjonalt ansvar for å bidra til utvikling av et likeverdig tilbud innen psykisk helsevern for den samiske befolkningen i hele Norge. SANKS ble etablert i år 2005.

Med utgangspunkt i prosjektet ”Utvikling av nasjonale kliniske tjenester utenfor Finnmark” i perioden 1.9.2009. og frem til 31.12.2013. (Se beskrivelse av prosjektet i kapittel 2.2) er oppgavens formål å se på brukergruppens opplevelse av tjenestetilbudet, og ut fra funnene vurdere om det er behov for et slikt tilbud i regi av SANKS og hva som er de kritiske suksessfaktorene i dette tilbudet.

Oppgaven har vokst frem på bakgrunn av min jobb som prosjektleder i SANKS, og de utfordringer og erfaringer som er gjort under prosjektperioden. Dette har vært styrende for valg av fremgangsmåte. Det å være med på å utvikle kliniske tjenester til den samiske befolkningen har reist mange problemstillinger, med tanke på behov og hvordan en slik tjeneste skal organiseres i fremtiden. Jeg ønsket derfor å undersøke hvilke erfaringer og tanker pasienter har med SANKS sitt tjenestetilbud. Dette for å se på om dagens tilbud er tilpasset den samiske befolkningen.

## **Tittel på oppgaven**

*”Psykisk helsevern til den samiske befolkningen – kulturelle utfordringer”*

## **Tema for oppgaven:**

Med utgangspunkt i prosjektet ”Utvikling av nasjonale kliniske tjenester (for den samiske befolkningen) utenfor Finnmark”, er oppgavens formål å belyse følgende problemstilling;

*”Hvordan opplever brukergruppen møte med SANKS, og hva fremstår som kritiske suksessfaktorer i et tjenestetilbud innenfor psykisk helsevern til den samiske befolkningen?”*

For å svare på oppgaven er det essensielt å få innsikt i hvilken opplevelse brukerne fikk i sitt møte med behandlingsapparatet, - og deres tanker rundt dette i ettertid. For å belyse dette har



jeg gjort kvalitative intervjuer med 5 personer med ulik geografisk tilhørighet, kjønn, alder og behov, men som alle faller inn under SANKS målgruppe

## 2 Bakgrunnsinformasjon

Siden denne oppgaven tar utgangspunkt i psykisk helsevern til den samiske befolkningen, ser jeg behovet for å beskrive organiseringen av spesialisthelsetjenesten i Norge.

### 2.1 *Organisering av Spesialisthelsetjenesten i Norge*

Helse-Norge styres både faglig og økonomisk gjennom helse- og omsorgsdepartementet. Psykisk helsevern er organisert gjennom kommunehelsetjenesten, oftest omtalt som første linjetjenesten, og spesialisthelsetjenesten også kalt andre linjetjenesten. Det finnes også privatpraktiserende spesialister innenfor psykisk helsevern.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) eier de regionale helseforetakene i Norge:

- Helse Nord
- Helse Midt-Norge
- Helse Vest
- Helse Sør-Øst

De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for nødvendig spesialisthelsetjeneste til befolkningen i sin region. (det såkalte ”sørge for ansvaret”). For å levere de nødvendige spesialisthelsetjenestene har hvert regionale helseforetak opprettet egne helseforetak som eier og driver sykehusene, distriktpsikiatriske sentre og andre tilbud innen spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene har egne styrever og er selvstendige rettssubjekter.<sup>1</sup>

Siden min oppgave tar utgangspunkt i Samisk nasjonalt kompetansesenter – Psykisk helse (SANKS) som er en del av Helse Finnmark, som igjen er et av helseforetakene til Helse Nord, tar jeg utgangspunkt i å beskrive organiseringen av Helse Nord og Helse Finnmark.

---

<sup>1</sup> Informasjon om Spesialisthelsetjenesten og Helse Nord er hentet fra Helse Nord sine nettsider, men skrevet delvis med egne ord

### 2.1.1 Organisering av Helse Nord/ Helse Nord

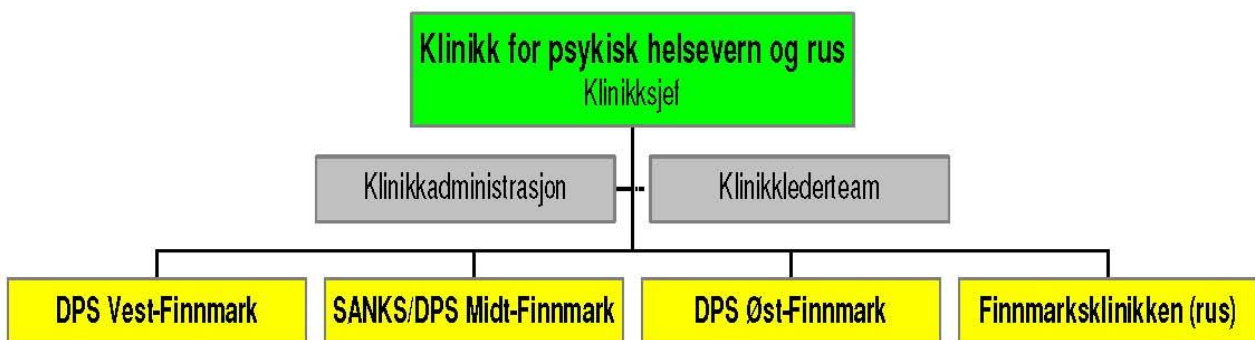
Helse Nord er den offentlige spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge og på Svalbard.

Foretaksgruppen Helse Nord består av et regionalt helseforetak og fem helseforetak som er: Helse Finnmark HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF og Sykehusapotek Nord HF:

Helse Nord RHF er det regionale helseforetaket som eier de fem helseforetakene i Nord-Norge. Staten, ved Helse- og omsorgsdepartementet, eier Helse Nord RHF. Helse Nord RHF ledes av et styre og har en administrasjon lokalisert i Bodø.

Helse Finnmark er et av fire sykehusforetak som er underlagt Helse Nord.

Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern (SANKS) er en del av klinikk for psykisk helsevern og rus i Helse Finnmark HF, som er en av tre klinikker i Helse Finnmark HF.



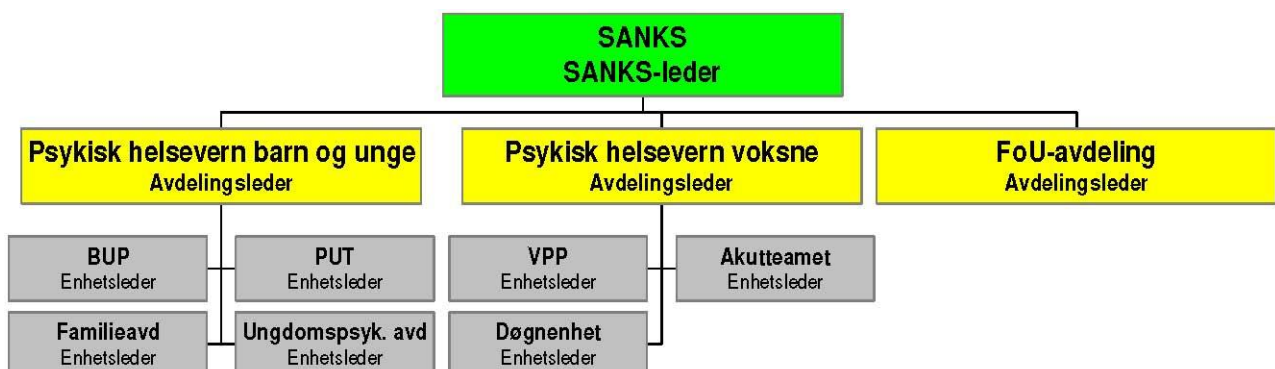
Fordi SANKS både har ansvar for spesialisthelsetjeneste innen psykisk helsevern til 5 – 7 kommuner i Midt-Finnmark og nasjonale kompetansesenterfunksjoner brukes også betegnelsen SANKS/DPS Midt-Finnmark. Man valgte den noe uvanlige modellen der kliniske tjenester og forskning og utviklingsarbeid er integrert, jfr. kap. 3. SANKS består av 7 kliniske enheter som er samlet i to avdelinger – Avdeling for psykisk helsevern -voksne i Lakselv og Avdeling psykisk helsevern -barn og unge i Karasjok. Den tredje avdelingen i SANKS er avdeling for forskning og utviklingsarbeid (FoU).

## 2.1.2 SANKS - Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern

SANKS har fått i oppdrag å sikre likeverdige tjenester og god tilgjengelighet for alle grupper av samiske brukere på tvers av geografiske, språklige og kulturelle skillelinjer. Det skal gjennomføres ved å drive klinisk arbeid, opplæring og undervisning, samt forskning og utviklingsarbeid. SANKS har også et særskilt ansvar for å være med på å utvikle psykisk helsevern for den samiske befolkningen i hele Norge. Samer fra hele landet kan henvises til SANKS, dersom de ønsker det.

I enkelte land har man valgt å organisere helsetjenester til urfolk som et særskilt tilbud adskilt fra det ordinære helsetilbudet. Men i Norge har man valgt å integrere behandlingstilbudet til den samiske befolkningen i det tilbudet som gis alle innbyggerne i landet. Det er i all hovedsak samenes rett til et tjenestetilbud som innehar kompetanse i samisk språk og kultur, som er begrunnelsen for etableringen av SANKS.

*St meld nr 25 (1996-97) Åpenhet og helhet* oppsummerer at hovedproblemerne for mennesker med psykiske lidelser er at behandlingsskjeden har brister i alle ledd. Kapittel 6 i meldingen omhandler tjenester til den samiske befolkning. Departementets foreslår her at den statlige støtten til å utvikle tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser som er særskilt tilpasset samisk språk og kultur videreføres og økes. Støtten skal bl.a. medvirke til at kommunene i områder med samisk befolkning innarbeider hensynet til samenes språk og kultur i planene for tjenester til mennesker med psykiske lidelser og at institusjonene innen psykisk helsevern i Karasjok og Lakselv videreutvikles for å kunne ivareta nasjonale funksjoner.



*St prp nr 63 (1997-98) Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006* følger opp St meld nr 25 med føringer og midler. Her heter det at Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern (SANKS) vil få et tilskudd svarende til 20 mill. kroner i økte driftsutgifter i løpet av planperioden, for å etablere kompetansesenterfunksjoner. Stortingsproposisjonen pålegger også alle fylkeskommuner å utarbeide planer for tilbud innen psykisk helsevern. Finnmark fylkeskommune innarbeider tjenestetilbud til den samiske befolkningen som et eget kapittel i *Plan for psykisk helsevern i Finnmark 2000 – 2006 Handlingsprogram 2001 – 2006*. I godkjenningbrevet fra Sosial- og helsedepartementet som er datert 12.12.2001, heter det bl.a. om SANKS:

*”Kompetanseenheten skal knyttes til DPSen i Lakselv og poliklinikken for barn og ungdom i Karasjok. Hovedtyngden av det kliniske arbeidet må rettes mot disse institusjonenes opptaksområder. Departementet finner det imidlertid naturlig at man også kan motta pasienter utover eget opptaksområde dersom det ønskes av den enkelte pasient. Det må imidlertid understrekes at det er selve kompetansesenterfunksjonen som er nasjonal, ikke det kliniske arbeidet.”*

Overordnet plan for SANKS ble vedtatt av styret for Helse Finnmark HF 27. april 2005.

Med visjonen om å utvikle et godt psykisk helsevern for den samiske befolkningen i Norge, har SANKS følgende oppgaver:

- videreutvikle kliniske tjenester
- fremme og drive forskning og utviklingsarbeid
- tilby undervisning og veiledning
- tilby spesialistutdanninger, praksisplasser og hospitering

Leder for SANKS Gunn Hætta nedsatte 15. januar 2008 en arbeidsgruppe for å få innspill til utvikling av nasjonale kliniske tjenester i SANKS. I mandatet til arbeidsgruppa heter det innledningsvis:

*«Oppdraget går ut på å utforme en søknad om midler til SANKS slik at vi kan utvide og bedre våre kliniske oppgaver på nasjonalt nivå. For å kunne gi et bedre klinisk tilbud til den samiske befolkningen utenfor Finnmark må det opprettes stillinger utenfor Finnmark.»*

## **2.2 Prosjektet "Utvikling av nasjonale kliniske tjenester utenfor Finnmark"**

Helt siden SANKS ble opprettet har det blitt gitt et tilbud i samiske områder utenfor opptaksområdet. Dette tilbudet har primært vært i form av informasjon om SANKS, undervisning og fremlegg av forskningsprosjekter.

Arbeidsgruppen foreslo en modell der det i oppstartsfasen ble etablert tre kliniske stillinger utenfor Finnmark. Samer er bosatt overalt i Norge, derfor måtte arbeidsgruppa gjøre valg med geografisk hensyn. Det ble foreslått en stilling i Tysfjord kommune for å gi et tilbud til samer i deler av det lulesamiske området, samt en stilling til Snåsa for å dekke det sørsamiske området. I tillegg ble det foreslått å utvide tilbudet i Sør-Norge ved å opprette en full stilling i Oslo. Det ble også foreslått å opprette et eget fagteam som skulle bistå kontorene ved behov.

Prosjektet ble opprettet 1.9.2009 med en planlagt varighet på ca tre år, og skulle gått ut 31.12.2012. Men styret i Helse Finnmark vedtok å forlenge prosjektperioden til den 31.12.2013.

### **2.2.1 Forankring og oppdrag/mandat**

Mandat for prosjektet "Utvikling av nasjonale kliniske tjenester utenfor Finnmark"

- Utvikle og koordinere prosjektet "utvikling av nasjonale kliniske tjenester utenfor Finnmark"
- Koordinere kontorene i Oslo, Snåsa og Tysfjord.
- Bygge opp fagteam og utarbeide rutiner som skal sikre faglig forsvarlighet og god kvalitet rundt kontorene i Oslo, Snåsa og Tysfjord.
- Utarbeide samarbeidsavtaler med kommuner som det er naturlig å samarbeide med i nedslagsfeltet til SANKS utenfor Finnmark.
- Utarbeide samarbeid / samarbeidsavtaler med andre helseforetak HF i Helse Nords region i henhold til oppdragdokument 2010.
- Utarbeidelse av sluttrapport til prosjektet etter endt prosjektperiode.

## 2.2.2 Organisering av prosjektet

- En prosjektleder i 100 % stilling<sup>2</sup>
- 3 stk 100 % fagstillinger tilsluttet SANKS Oslo, Snåsa og Tysfjord. Alle ansatte på disse kontorene er lokalt rekruttert og har sin faste arbeidsplass på disse kontorene.
- Et felles nasjonalt fagteam som bistår kontorene når det gjelder klinisk arbeid, veiledning og undervisning. De ansatte som er tilsluttet fagteamet, har også arbeidsoppgaver i sine respektive avdelinger i Karasjok og Lakselv.
- Fagansatte i prosjektet er faglig underlagt Akutteamet og Barne- og ungdoms psykiatriskpoliklinikk<sup>3</sup> (BUP) Karasjok.

Det er tre tydelige trekk som kommer frem i prosjektet ”Utvikling av nasjonale kliniske tjenester utenfor Finnmark” frem til nå i prosjektperioden:

1. Pasienthenvisninger utenfor opptaksområdet i Finnmark, til alle avdelinger i SANKS øker. Det har også vært nødvendig å sette inn ekstra ressurser for å ivareta etterspørselen.
2. Etterspørsel etter veiledning og undervisning har øket betraktelig.
3. Flere offentlige instanser kontakter SANKS for samarbeid.

Med utgangspunkt i mandat punktene over har jeg foretatt mine undersøkelser i tråd med spørsmålsstillingen.

---

<sup>2</sup> Denne stillingen er det jeg selv som innehar.

<sup>3</sup> Heretter kalt BUP

### 3 Teoretiske perspektiver

For bedre å forstå spørsmålsstillingen i oppgaven og funnene jeg har gjort i mine undersøkelser, er det nødvendig å klargjøre noen sentrale begrep.

Jeg har tidligere forklart organiseringen av psykisk helsevern i Norge og bakgrunn for opprettelse av SANKS og prosjektet ”Utvikling av kliniske tjenester utenfor Finnmark” (se kapittel 2) Jeg vil i dette kapitlet se nærmere på hvilket formål, visjon og mål SANKS er drevet etter. Dette vil gi et bedre grunnlag for å tolke funn fra intervjuene med informantene og slik lettere kunne svare på problemstillingen i oppgaven..

Siden denne oppgaven dreier seg om psykisk helsevern, er det også naturlig å beskrive nærmere begreper og temaer som hva psykiske lidelser kan være og hvilke behandlingsmetoder som er vanlig å benytte.

Siden denne oppgaven tar utgangspunkt i SANKS ser jeg videre behovet for å forklare hva jeg legger i begrepet samisk psykisk helsevern. Jeg har valgt å gjøre en undersøkelse med den samiske befolkningens møte med SANKS, og da ser jeg på den samiske befolkningen som en minoritet i forhold til majoriteten som består av ”nordmenn”. Når man snakker om en minoritet kan det være viktig å se nærmere på kulturperspektivet og begrep som kulturforståelse – kulturkompetanse – kulturkunnskap, identitet og likeverdighet for å forstå behovene.

#### 3.1 SANKS som organisasjon

I den daglige tale omtaler vi et sykehus, universitet eller en privat bedrift som en organisasjon. Dette uttrykket er det ikke naturlig å bruke om for eksempel venner eller familie.

SANKS er en del av klinikk for psykisk helsevern og rus i Helse Finmark HF som er et sykehus, og derfor også en organisasjon. SANKS består av ansatte som er tverrfaglig sammensatt av blant annet psykiatere, psykologer, leger, sykepleiere, sosionomer, administrativt personell osv. Når man er en organisasjon må man produsere et eller annet eller



gi et tjenestetilbud. For eksempel kan en bedrift produsere biler, eller et sykehus gi et tjenestetilbud. SANKS produserer et tjenestetilbud der brukergruppen eller målgruppen er brukere/pasienter / klienter som har behov for et tilbud innenfor psykisk helsevern. Jacobsen og Thorsvik (2007) definerer en organisasjon slik: «*Organisasjon er et sosialt system som bevisst er konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål*»<sup>4</sup>

I følge Jacobsen og Thorsvik (2007) er det fire viktige begrep i denne definisjonen:

- Sosialt
- System
- Bevisst konstruert
- Løse oppgaver og å realisere mål

### **3.1.1 Sosialt**

Man kan si at en organisasjon er en relasjon som er etablert mellom mennesker ved at de har inngått kontrakter, der man samarbeider for å realisere bestemte mål. (Jacobsen og Thorsvik 2007:13)

Det første er begrepet ”sosialt” som viser til at organisasjonen består av mennesker som samhandler med hverandre. Dette tolker jeg dit hen at det både dreier seg relasjoner mellom ansatte som jobber i organisasjonen, samarbeidspartnere og brukere/kunder som samhandler med hverandre i en eller annen form. (Jacobsen og Thorsvik 2007) Når det gjelder SANKS som organisasjon består ansatte av en gruppe mennesker som er tverrfaglig sammensatt av blant annet psykiatere, psykologer, leger, sykepleiere, sosionomer, administrativt personell osv. Samarbeidspartnere kan være andre organisasjoner innefor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Og kundegruppen er i dette tilfelle brukerne/pasientene/klientene. Når det gjelder samhandling er dette særdeles viktig innenfor denne sektoren, noe jeg kommer tilbake til senere i kapittelet under overskriften «psykisk helsevern

### 3.1.2 System

”System” er det andre sentrale begrepet i definisjonen av organisasjoner. Dette viser at man er avhengig av ressurser fra omgivelsene for å kunne opprettholde virksomheten. Man må i større eller mindre grad være avhengig i å samarbeide med andre organisasjoner for å skaffe seg ressurser. En organisasjon er også avhengig av at det finnes kunder som har nytte av det organisasjonen produserer, og som er villig til å betale slik at virksomheten kan opprettholdes. Når det gjelder SANKS så er de avhengige av finansiering for å opprettholde driften av virksomheten. Denne er kanalisert gjennom årlige budsjetter fra Helse og Omsorgsdepartementet (HOD) til Helse Nord og videre til Helse Finnmark HF. Men ressurser kan også være tilgang på fagfolk for å opprettholde kvalitet og faglig forsvarlighet.

### 3.1.3 Bevisst konstruert

Det tredje begrepet er ”bevisst konstruert”. Altså at det er noe som er utformet bevisst på en måte som noen mener er den mest effektive måten å løse oppgaven på. ”*Det settes formelle mål, og utmeisles strategier som svært ofte nedfelles i skriftlige dokumenter*” (Jacobsen og Thorsvik 2007)

Ordet strategi er opprinnelig gresk (strategia = generalkunst eller hærføring) Ordet har dermed sitt opphav i det militære vokabularet, og det referer opprinnelig til en offiser med høy grad. Begrepet strategi er i utgangspunktet positivt ladet, og det blir ofte brukt i omtale av personer som har gjort ”kloke” og ”gode” valg. En kan også si at strategi er en plan av handlinger med den hensikt å nå et spesifikt mål. Strategi handler mer om hva som skal gjøres enn om hvordan noe skal gjøre. ”*Mål er en beskrivelse av en ønsket fremtidig tilstand*” (Jacobsen og Thorsvik 2007)

SANKS har også et overordnet strategi-dokument i organisasjonen der visjon, verdier, målsetninger og tiltak kommer frem. Det forventes at alle ansatte i organisasjonen skal jobbe ut i fra dette dokumentet. Visjonen lyder slik: ”*Å utvikle et godt psykisk helsevern for den samiske befolkningen i Norge*”(Strategiplan 2010 – 2015 SANKS)

I tillegg til generelle mål for «Klinikk for psykisk helsevern og rus» har Helse Finnmark HF satt følgende mål for Samisk nasjonalt kompetansesenter - psykisk helsevern:

- Sikre likeverdige tjenester og god tilgjengelighet for alle grupper av samiske brukere på tvers av geografiske, språklige og kulturelle skillelinjer
- Drive klinisk arbeid, opplæring og undervisning, samt forskning og utviklingsarbeid innen psykisk helsevern i forhold til hele den samiske befolkningen i Norge
- Bygge robuste nettverk for å ivareta senterets nasjonale funksjon i dialog med hele det samiske samfunnet
- Bygge robuste nettverk for kunnskapsutveksling med kompetansemiljø nasjonalt og internasjonalt innen psykisk helse med minoritets- og urfolksperspektiv

Visjon og mål er naturlige elementer i en organisasjon slik som SANKS, og med en eksplisitt målsetting om "å utvikle et godt psykisk helsevern for den samiske befolkningen i Norge", ser jeg det som naturlig og nødvendig å forklare begrepet psykisk helsevern for å se på hva organisasjonen faktisk jobber med.

### **3.1.3.1 Psykisk helsevern, psykiatri og psykiske lidelser**

*Psykisk helsevern* ble tidligere kalt psykiatrien, og er betegnelsen på de tilbud som samfunnet gjennom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten gir til personer med psykiske lidelser. I visse tilfelle kan det være tvungen psykisk helsevern i enten åpen eller lukket avdeling.

*Psykiatri* er avledet av det greske ordet psykhe- sjel og iatreia- helbredelse og betyr behandling av sjelens eller sinnets lidelser, eller det vi i dag kaller psykiske lidelser. Alle mennesker har en psykisk helse, på lik linje som alle har en fysisk helse. Noen opplever at den psykiske helsen svikter en eller flere ganger gjennom livet. For noen kan resultatet av dette være en alvorlig psykisk diagnose, og for andre kan forholdsvis enkle hjelpetiltak være med på å bidra til at de blir kvitt de psykiske plagene. Når et menneske får så alvorlige plager at man kan stille en diagnose, kaller man det en psykisk lidelse.

*Psykisk lidelse* er en fellesbetegnelse for lidelser og sykdommer som er kjennetegnet ved subjektive plagsomme psykiske symptomer med eller uten funksjonssvikt i dagliglivet eller arbeid.

*Omkring 30 % av befolkningen vil hvert år tilfredsstillte kriteriene for en psykisk lidelse, og omkring halvparten vil det i løpet av livet. Psykiske lidelser er den viktigste enkeltårsak til sykemelding og funksjonssvikt i den yrkesaktive befolkningen. (Malt, Andreassen, Melle og Årslund 2012:15)*

Psykiske lidelser omfatter alt fra plager som enkle fobier og lettere depresjoner og angst, til mer alvorlige sykdommer som f.eks. schizofreni, paranoia og bipolar lidelse. Psykiske lidelser påvirker blant annet oppførsel og væremåte, tanker og følelser og kan få store følger for dagliglivet og omgivelsene. I følge Malt og Mykletun (2012) er alkoholmisbruk, angstlidelser, depresjon og stressrelaterte kroppslige plager de som utgjør tallmessig de største gruppene innefor psykiske lidelser.

De generelle sidene ved det vi kan kalle et god psykisk helsevern kan være holdninger blant de som skal jobbe opp mot pasientene, tverrfaglig samarbeid, samarbeidsmetoder, og nettverksarbeid. Dette er oftest helt avgjørende for et godt resultat. Før oppstart av behandling av en aktuell pasient er det vanlig å foreta en utredning eller en ”psykiatrisk” undersøkelse.

Behandling av psykiske lidelser varierer avhengig av slags lidelse det er snakk om. De to viktigste og mest omtalte behandlingsformene er psykoterapi, som er en samtalebehandling som foregår individuelt eller i grupper, og medikamentell behandling.

I følge Malt (2012) er hensikten med den psykiatriske undersøkelsen er det i størst mulig grad å kunne danne seg en informert og systematisk oversikt over pasientens problemer (diagnose) og samtidig erverve seg en forståelse av hva som ligger bak utviklingen og vedlikeholdelse av den psykiske lidelsen. Dette er en forutsetning for å kunne velge den mest optimale behandlingen. For å få en slik oversikt og forståelse må legen eller psykologen ikke bare kartlegge symptomer og endringer i adferd, men i størst mulig grad få tak i de ulike enkeltelementer som har hatt betydning for utvikling og vedlikeholdelse av lidelsen inkludert kontekstuelle forhold (familie, nettverk, arbeidsliv). Som vi skal se senere i denne oppgaven,

er det nettopp disse sidene ved behandlingen som fordrer kulturell kompetanse og en kulturelt sensitiv tjeneste.

### **3.1.3.2 Samtalen, det psykiatriske intervju**

*”systematisk samtalebasert terapi som sikter mot å lindre symptomer, bedre egen mestring og øke funksjonsevnen” (Arre, Bugge og Juklestad 2009:22)*

Samtalen, eller det psykiatriske intervju er sentralt i denne sammenheng, men observasjon av pasientens adferd og hans/ hennes kognitive, emosjonelle og vegetative reaksjoner under intervjuet gir også viktig informasjon. For å lykkes å tilegne seg optimal informasjon krever en psykiatrisk undersøkelse at legen eller psykologen samarbeider med det friske i pasienten, at de formidler håp og tar vare på pasientens selvfølelse innenfor en ramme av varme og empati. Dette legger forholdene til rette for en samarbeidsallianse, og dermed for et kvalitativt optimalt intervju. Dessuten vil en slik holdning medføre at man allerede i intervjuet stimulerer pasientens egen iboende legende krefter. Dermed får den psykiatriske undersøkelsen også et element av behandling. (terapeutisk diagnostisk samtale). (Malt, Andreassen, Melle og Årslund 2012:139)

Tematisk innhold i et psykiatrisk intervju: (Malt, Andreassen, Melle og Årslund 2012:140)

1. Hva gjelder henvendelsen (ønsker)?
2. Aktuelle psykiatriske plager (her og nå)?
3. Tidligere psykiske plager (sykehistorie)
4. Familiære sykdommer/lidelser
5. Barndom og oppvekst(atmosfære, miljø, forhold til foreldre, søsken, kamerater)
6. Skolegang/yrkesutdanning/arbeidsliv
7. Personlighet og interesser
8. Tilknytningsforhold
9. Somatisk helse (inklusive eventuelle behandlinger)
10. Legemidler og rusmidler (legal, illegale)
11. Avslutning
12. Psykoterapi er systematisk, planlagt, strukturert og målrettet.

I følge Arre, Bugge og Juklestad (2009) har pasienten nytte av å møte engasjerte og optimistiske fagpersoner som bryr seg om dem, gir håp og trøst. Empatiske og varme terapeuter har gode resultater uansett terapiform, og de sier også at det er viktig å legge mye vekt på å styrke relasjonen mellom pasient og terapeut. Relasjonen må være bygd på tillit og respekt, og den bør være slitesterk nok til at den tåler de krisene som kan oppstå.

*Den empatiske samtale med etablering av et trygt og gjensidig tillitsforhold er det aller viktigste terapeutiske element ved behandling av psykiske lidelser. Effekten av andre tiltak ut over dette, for eksempel bruk av systematiske samtaleformer eller legemidler, har best effekt når disse grunnprinsippene er ivarettatt.* (Malt Andreassen, Melle og Årslund 2012:30). Evnen til å føre gode empatiske dialoger og etablere tillitt fordrer mer enn medisinsk kompetanse og psykologisk kompetanse – kulturell kompetanse er en viktig forutsenning for at denne formen for terapi skal kunne virke.

### **3.1.3.3 Medikamentell behandling**

*Medikamentell behandling* er behandling med godkjente legemidler. Når det gjelder medikamentell behandling av psykiske lidelser er det psykofarmaka som brukes.

I følge forfatterne av boken ”psykiatri for helsefag” er behandling med legemidler komplisert. Skal behandlingen lykkes, må den være integrert i den samlede behandlingen som et av flere vesentlige elementer, samt at man følger viss retningslinjer/regler, som f.eks. å ha en sikker diagnose, definerte målsymptomer m.m. (Arre, Bugge og Juklestad 2009:54)

Når det gjelder SANKS og prosjektet ”Utvikling av nasjonale kliniske tjenester” er dette et tjeneste tilbud til den samiske befolkningen og ut fra organisasjonens målsetninger ser jeg det som nødvendig å definere begrepet *samisk psykisk helsevern*.

### **3.1.3.4 Samisk psykisk helsevern**

Ut fra litteratursøk har jeg ikke funnet noen konkret definisjon på hva samisk psykisk helsevern er, men poenget må være at tilbudet er tilpasset den definerte målgruppen – samene. Tilpasset vil naturlig innebære en egen kompetanse på språk og kultur ut over den rent faglige kompetansen. Det betyr at i utgangspunktet det ikke er tilstrekkelig å ha en helsefaglig

udannelse for å forstå individets (pasientens) problemer og mestringsstrategier, man må også legge stor vekt på det kultursensitive i møte med den samiske pasienten.

I følge Dagsvold (Samisk psykisk helsevern 2010:36) Innebærer kultursensitivitet å inneha kunnskap om egen og andres kultur, og forståelse og respekt for, samt anerkjennelse av andres menneskers forskjellighet. Dette betyr også at i en relasjon mellom pasient / klient og terapeut oppstår det et (kultursensitivt) helsemøte.

I følge Dagsvold i boka "Samisk Psykisk helsevern" (2010)

*"Helsemøte er altså en relasjon, hvor det skal bygges en allianse mellom hjelperen og pasient. Om man skal lykkes med å få etablert en god og tillitsfull allianse, betinges av at man som hjelper er seg bevisst på hvilken bakgrunnsforståelse en selv og pasienten har, om både kultur og helsefaglige problemstillinger. Et kultursensitivt helsemøte innebærer å gi rom for pasientens egen forståelse av sin situasjon, og vurdere symptomer og problemer i lys av kulturforståelse"*

Som Anne Jorund Heggeland sier i sin artikkel i boka "Samisk Psykisk helsevern" (2010)

*"For å kunne utøve mitt yrke har jeg alltid hatt som utgangspunkt at jeg må sette meg inn i pasientens livsverden. I det inngår å sette seg inn i de kulturelle normer og verdier samt tanke- og levesett som omgir pasienten"*

Hvis man går tilbake til målsettingene til SANKS og ser spesielt på punkt 1:

*"Sikre likeverdige tjenester og god tilgjengelighet for alle grupper av samiske brukere på tvers av geografiske, språklige og kulturelle skillelinjer"*

Min oppfatning er at dette peker direkte på min undersøkelse for å se på pasientene / klientenes opplevelse med SANKS tjenestetilbud og om man klarer å oppfylle målsettingene.

I følge lærebok i psykiatri (Malt, Andreassen, Melle og Årslund 2012) er den empatiske samtale med etablering av et trygt og gjensidig tillitsforhold det aller viktigste terapeutiske elementet ved behandling av psykiske lidelser. Det tolker jeg dit hen at tillit mellom pasient / klient og terapeut er et viktig element for å oppnå et godt resultat. For å oppnå tillit så er det særdeles viktig med tanke på psykisk helsevern til den samiske befolkningen, at man må ta

høyde for, at man jobber opp mot en annen befolkningsgruppe enn majoritetsbefolkningen. Da er det nødvendig å sette seg inn i kulturperspektivet for å kunne oppnå god relasjon og tillit til pasientene/klientene.

### 3.1.3.5 Kultur

Kultur er et mangetydig begrep. Kultur- ”stammer fra det latinske ordet *colere* som opprinnelig betød å dyrke” (Eriksen, Hylland og Sørheim 1998:34)

Vi kan ofte knytte begrepet til geografiske steder, skikker som gjelder en gruppe mennesker. Andre assosierer kultur primært med aktiviteter som musikk, dans, kunst og etter hvert også utvidet til å omfatte foreningsliv og sport.

Klausen (1992) definerer ordet kultur slik: «*De ideer, verdier, regler og normer som et menneske overtar fra den foregående generasjon som man forsøker å bringe videre, oftest noe forandret til neste generasjon*».

Hylland-Eriksen (1997) sier ”*Kultur er det som gjør kommunikasjon mulig*”, - at kultur er de tankemønstrene, vanene og erfaringene som mennesker har felles og som gjør at vi forstår hverandre.

Hvis jeg tar utgangspunkt i den samiske kulturen så forstår jeg denne definisjonen slik at andre fra den samme kulturen kan forstå og tolke både ord og adferd. Kulturen er således ”noe” vi kan tenke oss at en gruppe deler, samene i dette tilfellet: referanser, erfaringer og kunnskap som de har felles seg i mellom og som de ikke på samme måte deler med majoritetsbefolkningen. Ulik kulturell bakgrunn og erfaringer kan føre til vanskeligheter og utfordringer i kommunikasjonen ettersom de som kommuniserer ofte tar felles kulturell kunnskap for gitt. For eksempel har man i norsk kultur et ordtak som sier den som ”tier samtykker”. I den samiske kulturen betyr taushet ofte at man uenig. Som same kjenner jeg meg veldig godt igjen i dette, og jeg har ofte hørt meg selv si ”*jeg var så uenig at jeg rett og slett ikke sa et ord!*» Slik kan det oppstå uhensiktsmessige, men også morsomme misforståelser, noe som jeg også selv har erfart mange ganger.



En som mener at nettopp denne taushetskulturen kan være en uhensiktsmessig del av den samiske kulturen er foredragsholder og blogger Pål Hivand. Under SANKS konferansen i oktober 2012 som hadde tema diskriminering, var Pål Hivand en av foredragsholderne. Han trakk frem i sitt foredrag at vi som samer burde se på en del av våre kulturtrekk b.l.a taushetskulturen, der han påpekte at han opplevde dette som dysfunksjonelt både når man skal markere uenighet i forhold til majoritetssamfunnet, og internt i det samiske samfunnet. Hans synspunkt var at samer i liten grad engasjerte seg i debattene i samfunnet og dette hadde noe med taushetskulturen å gjøre.

Et annet eksempel som kan vise til forskjeller i den norske og samiske kulturen, er en forskning gjort av Cecilie Jàvo, (2003) der funnene viser at norske og samiske barn oppdras forskjellig. Et av funnene er at samiske familier hadde generelt færre regler og restriksjoner for lek, måltider og søvn i forhold til norske familier. I ytterste konsekvens kan dette føre til at barnevernet lett kan komme til å tolke de frie måltidene og leggetidene som omsorgssvikt. Cecilie Jàvo sier videre i sin rapport at de samiske foreldrene legger vekt på indre kontroll, i motsetning til ytre, og målet er selvstendighet, hardførhet og indre styrke. Hun sier også at man må være klar over at oppdragelse metodene kan være ulike, men at resultatene kan være like gode. Også i dette eksemplet er det viktig å ha de nevnte definisjonene til Klausen (1992) og Eriksen-Hylland (1997) på kultur, og forståelsen av dem sett i lys av en behandlingssammenheng.

I det kulturelle begrepet ligger det dermed mange elementer som har forskjellig betydning ut fra hva vi snakker om. Når det gjelder å se på de samiske brukerne/pasientene /klientenes møte med SANKS sitt tjenestetilbud, er det derfor høyst nødvendig å sette seg inn i begrepene kulturforståelse, kulturkompetanse og kulturkunnskap.

I en artikkel skrevet av Landgaard (1994) om den interkulturelle behandlingsrelasjonen, hevder hun at når klient og terapeut har ulik kulturell bakgrunn, er vanligvis ikke klientene bekymret for å møtes med fordommer eller manglende åpenhet, men de er bekymret for hvilke verdier og holdninger terapeuten måtte ha.

Flere av forfatterne i boka "Kulturmøte og terapi i Sàpmi" (2004) konkluderer også med at kulturperspektivet er en forutsetning for god behandling. I følge Stordahl<sup>5</sup> er det viktig å skille

mellom den forståelsen av kultur vi erverver oss gjennom å vokse opp i en bestemt kultur og den forståelsen av kultur vi erverver oss gjennom analytisk trening og tilnærming. Derfor er det særdeles viktig å ha kjennskap til begrepene Kulturforståelse – kulturkompetanse- kulturkunnskap. Jeg skal prøve å definere dem nærmere:

### **3.1.3.6 Kulturforståelse, kulturkompetanse og kulturkunnskap**

*Kulturforståelse:* ”Innsikt som gir kompetanse til å jobbe analytisk med mellom menneskelige problematikk i flerkulturelle så vel som i en-kulturelle miljøer” (Eidhem og Strdahl 2004)

*Kulturkompetanse:* ”Kunnskaps-, handlings- og vurderingsgrunnlag vi utstyres med å vokse opp i en bestemt kultur” (Eidhem og Stordal 2004)

For noen år siden deltok jeg på et seminar der viktigheten av flerkulturell forståelse var temaet, og en av foredragsholderne fortalte om dette eksemplet:

*”Ei samisk jente som hadde angstproblemer oppsøkte en psykolog for å få hjelp. Hun var redd for gjenferd som hun trodde kom til å oppsøke henne. Psykologen prøvde den første timen å overbevise henne om at personer som er døde er døde, og kan umulig vende tilbake etter sin død”*

I deler av den samiske kulturen er det vanlig at folk er overbevisst om at døde personer kan komme tilbake, dette er noe mange er fortalt fra de er små. Dette har noe med den samiske folketroen å gjøre. I følge (Nergård 1994) har det samiske samfunn rik folkemedisinsk tradisjon som fortsatt er levede. Nergård (1994) påpeker også hvordan ganning var en sosial institusjon i det samiske samfunnet i eldre tider, og fungerte som en rettsinstitusjon. Ganningen var en sanksjonsmulighet overfor de som ikke fulgte fellesskapets normer. ”Å ganne noen vil si å sette forbannelse over noen”( Olsen og Eide, 1996)

Også i NOU (196:6) behandles samenes forestillinger om helbredelse – guvllår. Det er snakk om overnaturlige evner og de evnene hadde noaidien. Noaidien hadde kontakt med verden bortenfor menneskenes liv. Helbrederen har fått evner på forskjellige måter. Noen har fått det gjennom en drøm, noen har hørt å følt ting, og noen mener evnene er en gave de har

fått gjennom arv og opplæring av slektninger. Lesning er også et kjent begrep i forhold til samisk folketro spesielt i lulesamisk område. Olsen og Eide (1996:61) sier det slik:

*Lesing er å fremsi en religiøs bønn om helbredelse av en konkret plage, sykdom eller lidelse. Sentralt i dette står leseren. Lesereren er en person som må antas å inneha spesielle, medfødte egenskaper til å helbrede. Han eller hun har vanligvis tabu mot å motta betaling eller takk for tjenesten de utøver. Lesekunnskapen er hemmelighold og går i arv fra eldre til yngre personer som vanligvis har en nær tilknytning til hverandre. Selve ritualet i lesing er en framsielse av bønn. Lesingen foregår i det stille, i den forstand at kunnskapen om hvem i lokalsamfunnet som behersker dette, er det noe som alle vet, men helst ikke snakker åpent om.*

Resultatet for den jenta som ble presentert ovenfor var at hun kuttet behandlingen etter første time hos psykologen, jentas tilbakemelding var at psykologen ikke forstod noen ting.

Dette er et godt eksempel på at hvis denne psykologen hadde hatt innsikt i den samiske kulturen, så ville sannsynligvis hun ha brukt første time på å gjøre andre ting en å prøve og overbevise jenta om at døde personer er døde og kan ikke vende tilbake, og slik unngått at jenta sluttet i behandling. Dette kunne psykologen ha gjort ved å tilegne seg kulturkunnskap. **Kulturkunnskap kan vi forstå som** ”relevant faktakunnskap, eventuelle vitenskapsbaserte, om bestemte kulturer” (Haugland 2000. s 81)

Ut fra definisjonen til Stordahl som ble presentert tidligere i dette kapitlet har jeg som same en samisk kulturkompetanse siden jeg er født og oppvokst i en samisk kultur. Dette betyr imidlertid ikke at jeg nødvendigvis innehar de kunnskapene som jeg har behov for hvis jeg f. eks skal jobbe i Kautokeino, siden jeg er fra Tysfjord. Det betyr at jeg må erverve meg kunnskap om lokalkulturen i Kautokeino, altså må jeg erverve meg en kulturkunnskap selv om jeg innehar kulturkompetanse. I følge Gerhardsen (Samisk psykisk helsevern 2012) er det viktig å minne om at på samme måte som det er store forskjeller i adferd, kommunikasjonsmåte, holdninger og verdier mellom etniske nordmenn, er det like store forskjeller innad i den samiske kulturen. (Samisk psykisk helsevern 2010:71)

### 3.1.4 Løse oppgaver og realisere mål

I følge Jacobsen og Thorsvik så er en organisasjon etablert for å løse oppgaver og realisere mål. Og at det er årsaken til at organisasjonen er opprettet i det hele tatt.

SANKS har fått i oppdrag å sikre likeverdige tjenester og god tilgjengelighet for alle grupper samiske brukere på tvers av geografiske, språklige og kulturelle skillelinjer. Dette skal gjennomføres ved å drive klinisk virksomhet, opplæring, undervisning og forsknings og utviklingsarbeid og for at dette arbeidet skal kunne fungere kreves kulturelle kompetanse. Selv om at SANKS og prosjektet er en del av «Klinikk for psykisk helsevern og rus» i Helse Finnmark HF, har ikke organisasjonen bare et ansvar for befolkningen i opptaksområdet i Finnmark, men også et særskilt ansvar for å være med på å utvikle psykisk helsevern for den samiske befolkningen i hele Norge. Samer fra hele landet kan henvises til SANKS, dersom de ønsker det. SANKS ble etablert nettopp for å tilby den samiske befolkningen et tjenestetilbud som innehar kompetanse i samisk språk og kultur. Men hvem er disse samene, og hvilke rettigheter er det snakk om?

*For å vende tilbake til samene i Norge nok en gang: På 1940- og 50- tallet var samene en fattig og politisk uorganisert minoritet som i flere hundre år var blitt utnyttet, kuet og mobbet av nordmenn og dansker som hadde tvunget dem til å gi avkall på sin religion, betale skatt og lære dansk- norsk. I løpet av de siste tiårene, særlig siden 1970-tallet, har samene fra å være et fattig og marginalt folk utviklet seg til å bli en av verdens mest vellykkede urbefolkninger. I dag fremstår de som en selvbevisst etnisk gruppe som nyter stor respekt i verdenssamfunnet, men høy kulturell selvtilit og betydelig politisk innflytelse over sitt territorium” (Eriksen, Hylland og Sørheim 1998)*

I 1990 ratifiserte Norge ILO – konvensjon nr 169 av 1989 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater. ILO – konvensjon nr 169 stadfester at utformingen av helsetjenester må ta utgangspunkt i urfolkets selvdefinerte livsverden.

*Jfr ILO-konvensjonen nr. 169, artikkel 25, hvor det heter om helsetjenester: "slike tjenester skal planlegges og administreres i samarbeid med vedkommende folk og ta hensyn til deres økonomiske, geografiske, sosiale og kulturelle forhold så vel som deres tradisjonelle forebyggende metoder, behandlingspraksis og medisin. "*

(Sisert i Dunfjeld, G. & Møllersen, S. i Silviken. A & Stordahl, V. (2010). ”Samisk psykisk helsevern”)

Altså er samene er en folkegruppe med en tydelig identitet, et urfolk som er en minoritet i forhold til majoritetsbefolkningen. Samene har like rettigheter i forhold til majoriteten, alt hjemlet i lover som for eksempel ILO – konvensjonen nr 169. Ut fra denne konvensjonen tolker jeg det slik at den samiske folkegruppen har rett til en likeverdig behandling, altså rett til likeverdige helsetjenester. Og da er det naturlig å se på begrepene identitet og likeverdighet.

Identitet kan sies å være en forståelse eller fornemmelse av hvem man er i forhold til andre, noe som spilles ut gjennom samhandling. Etnisk identitet er et av flere identiteter individet vanligvis innehar, og kan for eksempel innebære en stolthet og understrekning av å tilhøre en etnisk gruppe, for eksempel som same: ”Jeg er same, fordi jeg føler meg som same og fordi andre betrakter meg og anerkjenner meg som samisk” (Olsen og Eide 1999:18)

”identitet er det man ser når man ser seg i speilet” Man vil utvilsomt se en mann eller kvinne på en viss alder, kanskje ser man en person med bestemt sosial bakgrunn, eller med en bestemt utdanning. Kanskje ser man også en person som tilhører en bestemt religion, nasjon eller etnisk gruppe, og kanskje ser man til og med en hudfarge. Man ser utvilsomt en person et individ med sin egen personlighet. ( Hylland Eriksen 2001:36)

*Asle Høgmo definerer identitet slik: ” Et folks identitet kan forstås som en fortelling om en gruppe mennesker som definerer seg selv som et vi, et stort felleskap. Noen vil betegne denne fortellingen som et stort tenkt eller forestilt lokalsamfunn. I samisk sammenheng vil det være naturlig å tale om en forestilt siida. Identifisering av samisk tilhørighet har tradisjonelt også dreid seg om å påvise og opprettholde slektskap. I den sammenheng kan det også gi mening å snakke om det samiske folket som et stort forestilt slektskap. Denne fortellingen kan ha mange aspekter med seg som:*

- *Hvem er vi?*
- *Hvor kommer vi i fra og hvor befinner vi oss nå?*
- *Hvor lenge har vi eksistert og hvor går vi hen?*
- *Hvilke fortellinger lager andre om oss, og hvordan korresponderer de med våre egne fortellinger?*

( Hætta – Eriksen 2003)

Jeg vil gi noen eksempler på sitater fra utstillingen på Årran museum, der ulike personer forteller om hva de vektlegger som det viktigste for sin egen samiske identitet:

- Oldemor, bestemor, mor, datter- jeg inngår i en lang rekke. Det er det som gjør meg til same.
- Asfaltsame, det er vel det jeg er.
- Jeg prater ikke samisk og går ikke i kofta, likevel er jeg same.
- Språket gir meg identitet.
- Å kunne dra på fjellet, fiske og sitte i lag med eldre å høre på når de forteller.
- Sosial kontakt med andre samer i den urbane verden er det viktigste for min samiske tilhørighet.

#### **3.1.4.1 Likeverdige tilbud**

Sanks skal yte et likeverdig tilbud til den samiske befolkningen Hva innebærer ”Likeverdige tilbud”? Myndighetene har for lengst erkjent at et ”likeverdig” tilbud i hvert fall ikke skal bety ”likt”, siden det er rimelig godt dokumentert at samer er mindre tilfreds med behandlingstilbudet enn nordmenn. ”Likeverdig” innebærer derimot at tilbudet skal være like godt for samer som for norske, og like godt for samer ulike steder i landet. (Elgarøy 2011) Det offentlige mål, deriblant helse Finnmarks mål for SANKS er å sikre likeverdige tjenester og god tilgjengelighet for alle samiske brukere.

I regjeringens handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge 2002-2005 sitat:

*”Regjeringen vil med denne planen bidra til at den samiske befolkningen får et like godt møte med helse- og sosialtjenesten som den øvrige befolkningen. Målet om likeverdighet og lik tilgang til helse- og sosialtjenester må gjelde uavhengig av språk og kulturbakgrunnen til den hjelpetrequende”*

Men ”Likeverdighet” eller ”Likhet” er ikke et entydig begrep. Hvordan likhet opprettes, fortolkes eller måles, kan være forskjellig. Det kan skilles mellom tre former for likhet:

- Formallikhet: Lik adgang til godene.
- Ressurslikhet: Like virkemidler.
- Resultatlikhet: Likt behandlingsresultat.

I dette kapitlet har vi sett på hvordan en organisasjon fungerer teoretisk og fått en gjennomgang av hvordan organisasjonen SANKS fungerer ut fra hvordan Jacobsen og Thorsvik (2007:13) definerer en organisasjon har også fått et innblikk i hva organisasjonens oppgaver er, og hvilke momenter som er nødvendig for å samhandle med kundene, altså brukergruppen. Jacobsen og Thorsvik påpeker også at alle organisasjoner har et fellestrekk der de skal løse en eller flere oppgaver, men der slutter også likhetene for oppgavene er svært forskjellige. SANKS har opprettet prosjektet ”Utvikling av nasjonale kliniske tjenester” for å realisere sine mål, dette kan ikke organisasjonen gjøre alene, men i samhandling med brukergruppen. Derfor er brukergruppens egen opplevelse med tjenestetilbudet helt sentralt for å se på om tilbudet er en god tjeneste for pasientene/klientene. På et senere tidspunkt i oppgaven vil funn og tolkning av undersøkelsen med informantene bli presentert nettopp for å understøtte behovet for en betydelig kulturell kompetanse i behandlingstilbudet.

## 4 Vurdering og valg av metode

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for valg av metode, forskningsdesign, fremgangsmåte ved innhenting av data og analyse. Spørsmålene som ble stilt til de 5 intervjuede informantene er presentert i vedlegg 1.

### 4.1 Valg av metode

Metode: *Av det greske methodos, betyr å følge en bestemt vei mot et mål* (Johannesen, Kristoffersen og Tufte 2004:31)

*I samfunnsvitenskapelig metodelitteratur skilles det mellom kvalitative og kvantitative metoder. Svært forenklet kan vi si at kvalitativ metoder forholder seg til data i form av tekster og legger vekt på fortolkningen av dataene, mens kvantitative metoder forholder seg til data i form av kategoriserte fenomener og legger vekt på opptelling og utbredelse av fenomener. (Johannesen, Kristoffersen og Tufte 204:101)*

Formålet med **kvalitativ metode** er å samle data, som gjør det mulig å forstå et fenomen. Denne metoden brukes først og fremst når en ønsker å forstå et fenomen, i stede for å måle det slik som i kvantitativ metode. Denne metoden kan gis oss informasjon av type, hva, hvorfor og hvordan. Det er vanlig å benytte seg av undersøkelser basert på en intervjuguide med relevante spørsmål utarbeidet fra en eventuell problemstilling.

En kvalitativ metode gjennomføres ved å innhente data gjennom observasjon eller intervjuer av noen få objekter. Disse observasjonene eller intervjuene undersøkes og analyseres svært grundig.. Det er relevant å bruke en kvalitativ metode når en skal utvikle langsiktige mål og strategier for en virksomhet.

Utfordringene i kvalitative forskningsopplegg er å få noe konstruktivt og fornuftig ut av ubehandlet data, redusere informasjonsmengden, identifisere mønstre og lage tydelige rammer for å formidle innholdet.



En **kvantitativ forskningsmetode** befatter seg med tall og det som er målbart (kvantifiserbart). Den skiller seg således i sin natur fra kvalitativ metode.

Telling og måling er vanlige former for kvantitative metoder. Resultatet av forskningen er et tall eller en rekke med tall. Disse blir ofte fremstilt i tabeller, grafer eller i andre statistiske fremstillinger.

De mest vanlige kvantitative metodene for innhenting av verbale utsagn er forskjellige former for utspørringsteknikker. Til forskjell fra de kvalitative metodene stilles spørsmålene på en måte som er bestemt på forhånd og som ikke kan misforstås. Alle som er med i undersøkelsen får de samme spørsmålene og de samme svaralternativene.

Vitenskapens formål er å søke etter kunnskap. Det å kunne beskrive, forklare og forstå er forskerens oppgave. I den sammenheng er det av stor betydning å møte mennesker og forstå deres handlinger ut fra hvilken kontekst de er i. Metodene vi velger å bruke er avhengig av hva vi ønsker å undersøke. Sentralt i arbeidet er å forstå, undersøke og forklare sammenhengene.

For å kunne få svar på mitt forskningsspørsmål, har jeg vurdert både kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode. Når det gjelder kvantitativ metode, gjennomføres en slik metode gjennom standardiserte spørreundersøkelser til utvalgte enkel individer eller større grupper. Det utarbeides standardiserte spørsmål som lett kan omregnes til den samme store gruppen som de utvalgte individene tilhører. På denne måten styres datainnsamlingen effektivt slik at man får en helhetlig oversikt, ser sammenhengen og eventuelle fellestrekk som kjenner problemstillingen man ønsker å se nærmere på. En slik undersøkelse gir en liten grad av fleksibilitet, siden spørsmålene ikke kan endres underveis når de først er stilt og distribuert. En kvantitativ metode får heller ikke frem åpne spørsmål. Målsetningen med denne oppgaven er å belyse og få svar på problemstillingen, og ut fra mine vurderinger ser jeg behovet for åpne spørsmål og et større rom for tolkning. Derfor har jeg valgt å bruke kvalitativ metode for å løse denne oppgaven mest mulig i tråd med forskningsspørsmålet i oppgaven.

## **4.2 Utvalg**

Det er sentralt å gjøre seg opp en oppfatning av hvor representativt utvalget av informanter er for gruppen og hvordan det påvirker den videre fremgangsmåten og analysen.

I en kvalitativ undersøkelse der informantene er pasienter, dukker det opp krav om taushetsplikt og personvern/anonymitet. Det blir derfor uforutsigbart å skaffe tilstrekkelig informanter gjennom direkte deltakelse fra et stort register. Jeg har derfor valgt å bruke pasienter i SANKS sitt eget behandlingsapparat. Jeg har ut fra dette og fra min problemstilling i oppgaven gjort et bevisst valg og ikke et tilfeldig utvalg av informanter, for å kunne få svar på mine forskningsspørsmål. Jeg har valgt å intervju 5 utvalgte personer fra forskjellige geografiske områder. I oppgaven presenteres det interessante/spesielle fra hver enkelt informant til hvert spørsmål på et format som sikrer anonymitet. Der anonymiteten er truet pga svarets innhold vil innholdet bli kamuflert eller slettet. Dette er tilstrebet gjort på en slik måte at meningsinnholdet ikke blir forandret.

Jeg har utarbeidet en skriftlig forespørsel om deltakelse i mitt forskningsprosjekt. I denne forespørselen har jeg presentert min rolle, og en beskrivelse og formålet med prosjektet. Forespørselen er sendt ut ved våre terapeuter som har direktekontakt med pasientene. De som ønsker å være informanter fyller ut et samtykkeskjema og returnerer dette tilbake til meg, jeg tar deretter kontakt på oppgitt telefonnummer eller e-postadresse for å avtale tidspunkt for intervju. Fremgangsmåten er godkjent av NSD og har vært til vurdering hos REK.

## **4.3 Forskningsdesign**

Det finnes mange forskjellige forskningsdesign, og noen av de mest brukte innenfor økonomiske og administrative fag er:

- Fenomenologi
- Etnografi
- Grounded theory
- Casedesign

Jeg har valgt en fenomenologisk innfallsvinkel. Det peker tilbake på oppgavens valgte ordlyd hvor det heter” oppgaven er en undersøkelse av pasienters opplevelse under møte med SANKS tjenestetilbud”;

*Fenomenologi er både en filosofi med røtter tilbake til den tyske filosofen Edmund Husserl og er en kvalitativ forskningsdesign. Kort fortalt er fenomenologisk filosofi læren om ”det som viser seg” det vil si tingene eller begivenhetene slik de viser seg eller fremtoner seg for oss, slik de umiddelbart oppfattes av sansene. (Johannessen, Kristoffersen og Tufte 2004:80)*

*Når det er snakk om kvalitativ forskning, er fenomenologi mer bestemt et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og beskriver verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter. (Kvale og Brinkmann 2009:45)*

*I et kvalitativt forskningsintervju produseres kunnskap sosialt, det vil si gjennom interaksjon mellom intervjuer og intervjuperson. Selve produksjonen av data i det kvalitative intervjuet går utover en mekanisk overholdelse av regler er avhengig av intervjuerens ferdigheter og situerte personlige vurderinger med hensyn til hvordan spørsmålene stilles” (Kvale og Brinkman 2009:99)*

Som jeg har nevnt tidligere er kvalitativ metode å samle data, som gjør det mulig å forstå et fenomen. Denne metoden gir oss informasjon av type, hva, hvorfor og hvordan. Ut fra mitt forskningsspørsmål har jeg vurdert det slik at jeg ser nødvendighet med å bruke en slik metode med åpne spørsmål til informantene. Når det gjelder kvalitativ metode er det vanlig å skaffe data og relevant informasjon ved intervju av informanter. I den forbindelse har jeg utarbeidet en intervjuguide med åpne spørsmål, som i hovedsak dreier seg om møtet med behandlingsapparatet i en kulturell kontekst. Intervjuguiden er utarbeidet i samråd med min veileder med målsetning om å få svar på mitt forskningsspørsmål. Det er tatt utgangspunkt i SANKS sitt tjenestetilbud til den samiske befolkningen, og spørsmål utarbeidet til en internrapport gjort i en av våre avdelinger i Helse Finnmark.

Intervjuene kan foregå som et telefonintervju eller et personlig intervju, der det er ansikt til ansikt kontakt mellom intervjuer og informant. Intervju er altså i motsetning til en

spørreundersøkelse, der informanten selv leser spørsmålene i et spørreskjema og registrerer svarene sine.

Når intervjueren bruker et spørreskjema der spørsmålenes ordlyd og rekkefølge er nøyaktig fastlagt, slik at presentasjonen av stimuli blir *systematisk*, det vil si den samme for alle respondentene, har man et *formelt intervju*, i motsetning til et *uformelt intervju* der hvilke spørsmål og hvilken rekkefølge ikke er fastlagt.

Ved formelt intervju kan forskeren gi en systematisk presentasjon fordi man har en standardisering av forskningssituasjonen som gjør det lettere å sammenligne ulike enheter, og fordi man vet at de har vært utsatt for tilnærmet de samme påvirkningene fra intervjuerens side.

I denne undersøkelsen ble det foretatt personlige intervju, der jeg møtte informanten ansikt til ansikt og tok opp samtalene på lydbånd.

Jeg har valgt å bruke en teknikk som går på et uformelt forskningsintervju. Der det ut fra intervjuguiden blir stilt spørsmål om aktuelle forhold som man ønsker svar på, og lar informanten selv formulere svaret. Dette kalles et åpent spørsmål, som kan for eksempel være ”*Hva synes du et samisk tjenestetilbud bør inneholde?*”

Spørsmålene i intervjuguiden er formet på en slik måte at informanten kan komme med sin historie om møte med behandlingsapparatet på sine egne premisser og erfaringer.

Slike åpne spørsmål brukes som regel sammen med strukturerte spørsmål, slik som for eksempel *Tok du selv initiativ til å komme i kontakt med SANKS?* Her kan svaret bare bli ja eller nei, og kan derfor kalles for et strukturert spørsmål. Noen av mine spørsmål er strukturerte og noen er mindre strukturert, ref oppgavens vedlagte intervjuguide.

En av de store utfordringene ved bruk av uformelle intervjuer er at klassifiseringen av materialet er utfordrende og tar tid. Min bakgrunn bør gjøre denne oppgaven lettere, og det har vært satt av tilstrekkelig tid til dette arbeidet.

## **4.4 Gjennomføringen**

Selve gjennomføringens hensikt er å skape en atmosfære hvor informanten svarer så ærlig og oppriktig på spørsmålene som mulig. Derfor er det viktig å tenke på hvor intervjuet skal finne sted, og hvilken atmosfære det er i lokalet, som for eksempel at det er riktig belysning, varmt, trivelig osv. Når det gjelder relasjonen mellom informant og intervjuer er også dette en viktig faktor med tanke på tillit. Da er tidsfaktor, introduksjonen av meg selv som intervjuer viktige momenter å ha med seg i et forskningsintervju, for å oppnå best mulig resultater.

Da intervjuet var over, lot jeg materialet modnes for bearbeiding, for å så transkribere materialet ordrett. Forelagt og presentert for veileder, men deretter makulert for å sikre fremtidig anonymitet. I denne oppgaven er det kun det viktige/spesielle ved de enkelte informantenes svar som vil bli presentert i kapittel 4. Tolkningen og analysen av de enkelte spørsmålene og det samlede materialet vil du finne i kapittel 5.

Det er et allment kjent fenomen at tekniske gjenstander, herunder lydopptakere, foto og filmapparater kan fremmedgjøre informantene og redusere deres vilje til åpenhet. Det var derfor særdeles viktig for mine resultater at jeg brukte den nødvendige tid før selve intervjuet for å få en så stor aksept for lydopptaket som mulig.

Grunnen til tidsfaktoren på 4-8 uker mellom intervju/lydopptak og utskrift av dette, er for i størst mulig grad å nøytralisere mitt eget subjektive oppfattelse av intervjuet, og i størst mulig grad forholde meg til den skriftlige utskriften. Ut i fra disse forutsetningene prøver jeg slik å skape et mest mulig objektivt analyse grunnlag.

## **4.5 Analyse**

Det finnes mange forskjellige måter å analysere kvalitativ data på. Til denne oppgaven er det trolig best å tilpasse analysen til utfallet av intervjuene er kjent og det skriftlige materialet foreligger. Med et såpass begrenset utvalg informanter, og muligheter for uventede tilbakemeldinger gjennom de relativt åpne kvalitative spørsmålene, synes dette å være den best farbare veien. Likevel ligger det primært an til at jeg som et rammeverktøy velger å benytte meg av Kvaales seks trinn i en slik analyse;

1. Informantene spontant beskriver sin livsverden
2. Informantene selv oppdager nye forhold, sammenhenger eller betydninger i løpet av intervjuet, uten at intervjuer tolker.
3. Intervjuer foretar fortetninger og tolkninger av meningen med det informantene sier og sender dette til informanten. (Ved behov)
4. Det transkriberte intervjuet blir tolket av intervjuer.
5. Gjenintervjuing: Når forsker har analysert og tolket det ferdige intervjuet, kan han gi tolkningen til informanten. (Ved behov.)
6. Forleng tråden som går fra beskrivelse og tolkning, til også å omhandle handling. (Ikke innenfor oppgaven.)

(Disse 6 punktene er hentet fra Johannesen, Kristoffersen og Tufte 2004:197)

Til slutt vil jeg belyse det jeg ser på som mulige feilkilder og begrensninger ved valgt metode, forskningsdesign, fremgangsmåte ved innhenting av data og analyse.

1. Utvalg. Behandlingsapparatet har valgt en viss gruppe mennesker. Jeg har ikke gjort en seleksjon, men det har terapeutene gjort. Dette kan jeg ikke styre eller gjøre noe med, men må forholde meg til de 5 valgte informantene.
2. Innhold. Hvis ikke informantene svarer ærlig og oppriktig, kan dette være en feilkilde. Dette har jeg mulighet til å påvirke ved min intervju teknikk og det miljøet som skapes under selve intervjuet. Lydopptakene vil til en viss grad kunne benyttes til i etterkant å evaluere stemningen under selve intervjuet og slik kommenteres.
3. Tolking. Når resultatene ikke bare skal refereres, men også tolkes, vil det alltid ligge et element av tolkningsrisiko. Dette kompenserer jeg ved to forhold:
  - Eksakt skriftlig materiale av lydopptaket fra intervju.
  - At det går en viss tid fra intervjuet til analyse, dette for å nøytralisere min personlige opplevelse fra intervju situasjonen.

I forhold til de spørsmål som oppgaven forsøker å belyse mener jeg at feilkildene er begrenset og må aksepteres i forhold til den valgte fremgangsmåten.

Når det gjaldt selve gjennomføringen av intervjuene følte jeg at det gikk greit å bygge en tillits relasjon mellom meg og informantene. Og jeg hadde en opplevelse at vi hadde en forståelse om hva vi snakket om, noe som også ble påpekt flere ganger av mine informanter. Jeg følte jeg fikk svar på mine spørsmål, men jeg hadde forventet at intervjuene skulle bli lengre og mer utfyllende. Mine informanter var veldig konkrete og svarte direkte på spørsmålene uten så mye snakk rundt andre temaer. Intervjuene foregikk på norsk, men det ble brukt en del begreper på samisk. I forkant av intervjuene vurderte jeg om det kunne oppfattes at jeg hadde en dobbeltrolle siden jeg er ansatt i SANKS og at dette skulle gå utover intervju situasjonen. Siden jeg ikke jobber direkte opp mot pasientene hos SANKS så ble ikke dette noe tema i det hele og store.

## 5 Funn og analyse, vurderinger av det som kommer frem

Som tidligere redegjort i denne oppgaven har SANKS et nasjonalt ansvar for å sikre likeverdige tjenester innenfor psykisk helsevern og god tilgjengelighet for alle grupper samiske brukere på tvers av geografiske, språklige og kulturelle skillelinjer. Det innebærer blant annet at SANKS skal bidra til å utvikle tilpassede tjenester, både med tanke på utredning og behandling. Det var i hovedsak det store behovet for å etablere et tjenestetilbud med terapeuter som innehar kompetanse i samisk språk og kultur som er bakgrunn for opprettelsen av SANKS og nå prosjektet ”Utvikling av nasjonale kliniske tjenester utenfor Finnmark”

Formålet med denne oppgaven var å se på brukergruppens opplevelse av tjenestetilbudet, og ut fra funn vurdere om det er behov for et slikt tilbud i regi av SANKS og hva som er kritiske suksessfaktorer i et slikt tilbud. For å få svar på oppgaven er det interessant og nødvendig å se på funn hos informantene. La oss først se på en fortelling fra en av informantene i min undersøkelse:

*”Ønskene var at jeg skulle bli mer forstått i forhold til den norske helsetjenesten. Jeg har vært borti den norske helsetjenesten, der det har låst seg pga kulturbakgrunn. Forståelsen var så dårlig at, vist jeg skulle ha hatt noe nytte av det, måtte jeg ha hatt et lengre foredrag der jeg hadde måtte fortalt dem hvordan det for eksempel fungerer i reindrifta. De satte ikke på noen kompetanse i det hele tatt, og da følte jeg at de heller ikke kunne hjelpe meg. Da tenkte jeg at da er SANKS det beste alternativet, for da møter man noen med samme kulturelle forståelse. Og dette var grunnen til at jeg tok kontakt med SANKS”.*

I denne fortellingen kommer det tre behov frem, informantens behov for å bli forstått, behovet for at helsetjenesten har kulturell innsikt, som for eksempel det å ha kjennskap til reindrift og at han uttrykker et behov for et samisk tjenestetilbud. I min undersøkelse kan det tyde på at disse funnene samsvarer med tydelige synspunkter som kommer frem hos alle informantene:

1. Følelsen av å bli forstått
2. Kjennskap og kunnskap om oppvekst, slektsforhold, barneoppdragelse, åndelighet/ tro og levesett



3. Alle informantene uttrykker et behov for et samisk tjenestetilbud.

Jeg vil i denne analysen presentere funnene og drøfte dem ut fra informantens utsagn, relevante begreper og annen forskning.

Når det gjelder informantenes utsagn har jeg fjernet fyllord som hm, eh, mhm, og har skrevet setningene på bokmål. Med tanke på informantenes anonymitet har jeg valgt å fjerne stedsnavn, navn på sykehus, navn på behandlere, og kontornavn som blir som blir nevnt under intervjuet. På dette vil jeg bare bruke for eksempel sykehus/avdeling xxx. Mine fem informanter er fra forskjellige kommuner og fylker i dette landet utenfor Finnmark, og som jeg har beskrevet i metodekapittelet så er informantene forespurt av SANKS egne terapeuter.

### **5.1 Følelsen av å bli forstått:**

Ordet forståelse, ønske om å bli forstått og opplevelsen av forståelse, gikk igjen under hele intervjuet med samtlige informanter. Men hva ligger i ordet og hvilken betydning har det i denne undersøkelsen?

Den greske filosofen Aristoteles hevdet at forståelse er en forutsetning for en sann praktisk erkjennelse. Man kan si at forståelse betegner den menneskelige evne til å begripe, fatte, gjøre bruk av forstanden, innse eller oppfatte.

Vi vet at behandling av psykiske lidelser varierer avhengig av hvilken lidelse/diagnose pasienten har, men forutsetningen for at behandlingen skal fungere godt er at det er etablert en god relasjon mellom klient og terapeut, der klienten har tillit til terapeuten. I følge Arre, Bugge og Juklestad (2009) har empatiske og varme terapeuter gode resultater uansett terapi form, det fremhever også at det er viktig å legge mye vekt på å styrke relasjonen mellom pasient og terapeut. Dette tolker jeg dit hen at hvis en skal oppnå en god relasjon mellom klient og terapeut for å oppnå tillit så er forståelse et særdeles viktig begrep og redskap for å kunne oppnå et godt resultat av alle typer behandlingsformer. En av mine informanter utalte seg slik om sitt første møte med SANKS: *”Jeg ble tatt godt i mot og jeg følte meg forstått”* Jeg vil anta at en slik start på et behandlingsforløp var med på å gjøre at det var lettere å skape

en god relasjon mellom informanten og terapeuten som forhåpentligvis førte til et godt behandlingsresultat.

I min undersøkelse var det ingen spørsmål som gikk direkte på begrepet forståelse, men allikevel gikk dette ordet igjen i de fleste svarene fra mine informanter på spørsmålene under intervjuet. Et viktig spørsmål å få svar på i denne undersøkelsen var om hvilke forventninger informantene hadde til SANKS i forkant av behandlingen, samt hvordan deres opplevelse av møte med SANKS var. Ut fra svarene til informantene fant jeg at alle hadde et gjennomgående ønske om å bli forstått og få den hjelpen de hadde behov for. Slik som noen av informantene utalte seg:

*”Jeg visste selv at en psykolog er bare en veileder som kan gi meg nøklene til lukkede skap, så jeg visste mye selv. Jeg visste at vi måtte få et åpent forhold og gjøre det beste ut av det. Jeg måtte jobbe mye med meg selv og psykologen er bare en medhjelper.”*

*”Jeg hadde ikke de store forventningene. Det eneste var å få hjelp til mine problemer og komme meg ut av disse.”*

*”Det var bra. Jeg ble tatt godt i mot og jeg følte meg forstått. Det er hyggelige folk som jobber der, og det har mye å si at de er forståelsesfulle. Så det var et kjempebra møte og jeg fikk et godt inntrykk, de tok i mot meg slik jeg var”*

*”Jeg ville bare bli forstått og få den hjelpa jeg hadde behov for. Ønsket å få hjelp for å få det bedre og jeg hadde et stort behov for å få hjelp da”.*

Som intervjuer fulgte jeg opp med dette spørsmålet: Føler du at du har fått den hjelpa som du ønsket når du startet opp? *”Ja. Jeg tror ikke jeg kunne fått noen bedre hjelp noen plass, for å være helt ærlig”.*

På spørsmålet om informantens møte med SANKS var alle informantene positiv og igjen kom dette med forståelse frem

*”Vi er nordlendinger og behandleren er nordlending, så jeg følte at vi ble forstått på en helt annen måte, enn hos andre jeg hadde vært innom, som ikke er nordfra”.*

*”Jeg har møtt den forståelsen som jeg forventet, og jeg trenger ikke forklare”*

Som vi ser ut fra informantens utsagn så går dette med forståelse igjen i deres forventninger og opplevelse i møte med SANKS, men da er det også interessant å se på om informantene hadde erfaringer fra tidligere møter med psykisk helsevern.

I undersøkelsen ble informantene spurt om de hadde erfaringer fra andre innenfor psykisk helsevern, og om de eventuelt opplevde forskjeller mellom tidligere tjenestetilbud og tjenestetilbudet hos SANKS. Alle informantene svarte at de hadde hatt erfaring fra andre innenfor psykisk helsevern og at de opplevde forskjeller mellom tidligere og dagens tjenestetilbud fra SANKS. Forskjellene de viser til er forståelsen til at det faktisk er kulturelle forskjeller, som går ut på blant annet, leveste, nærheten til naturen, kjennskap til slektsforhold, oppvekst, barneoppdragelse og åndelighet. Slik som en av mine informanter utalte seg:

*”Ja og det er store forskjeller. Jeg har vært i behandling tidligere. Og når jeg da snakket om for eksempel åndelighet, ble jeg møtt med behandlere som himlet med øynene, og at de kunne dra på smilebåndet.*

Og en av de andre informantene utalte seg slik:

*”Ja det er forskjeller. Det norske tilbudet forstår ikke hvordan vi samer lever, er og hvordan vi benytter oss av naturen. De benytter seg av skolemedisin og det de lærer på skolen. Jeg har en oppfatning av at de ikke har samme forståelse som de som jobber i SANKS. De som jobber i SANKS vet at vi samer liker naturen, tar vare på naturen, og liker å være ute i naturen. Det synes jeg er veldig bra med SANKS, man kunne spørre om å gå en tur, fordi jeg synes det var lettere å prate når man var ute i naturen. Men det er ikke det som er vanlig i de vanlige helsegreiene, der er det mer som et A4 format inne på et kontor”.*

Når det gjaldt en av informantene ble det snakket og stilt spørsmål som var litt utenfor spørsmålene som var med i intervjuguiden. Under dette temaet ble det spurt om informanten

opplevde forskjeller fra tidligere erfaringer innenfor psykisk helsevern. ”Ja veldig store forskjeller”. Informanten hadde vansker med å finne ord for å forklare disse forskjellene, men for å sitere informanten ”Jeg skal prøve”

*”Jeg tror det må ha noe med at vi hadde en annen kultur oppe i Nord-Norge. Nå kan jeg bare si hadde, siden jeg ikke vet om det er sånn enda der oppe, det har jo kanskje blitt bedre da.*

*Det var forferdelig strengt og det var, ja jeg tror det var en egen kultur der oppe. Tror det er vanskelig for de her nede å forstå hva en slik kultur gjør med et menneske. Jeg føler at de ikke har den samme forståelsen i det hele tatt”.*

En annen av informantene forklarte at i tidligere møter med psykisk helsevern, ble det ”krasj” på grunn av kulturelle motsetninger, og at det var stor forskjell på det ”norske” tilbudet og det SANKS kunne tilby med tanke på det kulturelle. Dette kan tyde på at det er et behov, og i følge ST prp nr 63 opptrappingsplan for psykisk helse blir viktigheten av ivaretagelse av den samiske befolkningen understreket og satt av øremerkede midler til å bygge opp en kompetansefunksjon innenfor psykisk helsevern, SANKS har også fått i oppgave å videreutvikle kliniske tjenester, noe som gjenspeiler seg i prosjektet ”utvikling av nasjonale kliniske tjenester utenfor Finnmark.

Ut fra disse funn ser vi at informantene er opptatt av forståelse og de knytter dette til kulturbegrepet og viser til kulturelle forskjeller som blant annet dreiser seg om leveste, oppvekst, åndelighet, barneoppdragelse osv. Vi er gjort kjent med at den empatiske samtalen, er viktig ved etablering av et trygt og gjensidig tillitsforhold. Ut fra informantenes ståsted er det da særdeles viktig og nødvendig å sette seg inn i kulturperspektivet for å oppnå en god relasjon som sannsynligvis vil føre til et gjensidig tillitsforhold og opplevelse av forståelse. Når man tenker på kulturperspektivet er det viktig å ta med seg at det er mange elementer knyttet til dette. Det gjelder både når det gjelder å ha en kulturkompetanse, noe som kan erverves ved å vokse opp i en samisk kultur, men ikke dermed sagt at man har den lokale kunnskapen, og da har man også et behov for kulturforståelse.

## **5.2 Kjennskap og kunnskap om oppvekst, slektsforhold, barneoppdragelse og folketro**

Alle informantene var også i løpet av intervjuet innom temaer rundt barneoppdragelse, oppvekst, slektsforhold, åndelighet, alternative behandlingsformer og levesett. Dette påpekte de fleste som kulturelle forskjeller i forhold til majoritetsbefolkningen. Og i følge Eidheim og Stordahl (2004) er kulturperspektivet en forutsetning for god behandling. Vi vet også at for å oppnå et vellykket behandlingsresultat er god relasjon mellom klient/pasient og terapeut en forutsetning.

Det å bygge en god relasjon handler blant annet om å møtes med varme og empati, og å bli å bli forstått og respektert. Det innebærer at kjennskap til kulturelle forskjeller kan av stor betydning for å oppnå en god relasjon. Kulturelle forskjeller kan f. eks dreie seg om ulik familiestruktur som slektens betydning, barneoppdragelse, måter å snakke på, måter å kommunisere på osv. Som tidligere nevnt så stemmer ikke uttrykket ”den som tier samtykker” på den samiske befolkningen, men oppfattes oftest som det stikk motsatte. En av informantene i min undersøkelse sier at hun opplever store forskjeller i forhold til sine norske venninner når det gjelder barneoppdragelse, men dette kan også oppfattes på en annen måte av andre.

*”Jeg har mange norske venninner, de er veldig sånn at de skal inn å styre barna alt barna skal foreta seg. Slik er ikke jeg oppdratt og slik oppdrar jeg heller ikke mine barn. Det er en enorm forskjell når det gjelder barneoppdragelse på måten man tenker og snakker med barna på, og måten man ønsker å fremme barnas evner til selv å ta sine vurderinger. I det norske samfunnet så oppfatter jeg at folk irettesetter meg, fordi at de mener jeg håner mine barn. Men det gjør jeg ikke, jeg vil bare at de skal bruke sitt eget hode å tenke med. Så jeg ser enorme forskjeller.*

*Jeg ser også på våre eldre, når de er inne og snakker med våre barn eller deltar i oppdragelsen. Og det gjør de jo, de deltar virkelig i oppdragelsen av våre barn og forventer at vi skal akseptere det. De gjør det på samme måte, men det kan ut fra et norsk synspunkt oppfattes som mobbing, men det er ikke det de gjør”.*

Når det gjaldt dette svaret til informanten fulgte jeg opp med et oppfølgingsspørsmål for å

avklare ordet mobbing. Har du et annet ord for hva man gjør? Du sier at fra andre kan det bli sett på som mobbing, men at det ikke dreier seg om, har du et annet ord for hva man holder på med? Informanten svarte, *”Man styrker barna rett og slett. Jeg har ikke noe norsk ord på det, man lærer dem å få ben i nesen”*.

Dette kommer også frem i følge forskningsrapport om at norske og samiske barn oppdras forskjellig av Cecilie Jåvo. (2003)

Flere av informantene snakket om viktigheten av å ha kjennskap til oppvekst, og at dette medførte at de følte seg ”hjemme” i SANKS tjenestetilbud. I min undersøkelse var et av spørsmålene til informantene, om det kom frem at SANKS er et samisk tjenestetilbud, og slik svarte en av informantene:

*”Det har mye med familierøtter kan du si, man hørte med en gang at de hadde kompetanse til vår kultur og kjennskap til oppvekst osv. Jeg kan ikke med ord forklare hvordan det føles, men det er bare ord som blir brukt. Det er greit at de sier at det er et samisk tilbud, men det er bare noe de sier i innledningen, det skjer noe mens vi prates sammen, det har noe med kulturen å gjøre, jeg vet ikke hvordan de er flink til å flette det inn i samtaler”*.

Som informanter påpeker så er kjennskapen til både kultur og oppvekst viktig, men det interessante i dette er at informanten ikke kan forklare med ord hva som skjer i møtet med SANKS, men understreker at de er flink til å flette noe inn i samtaler. Igjen tolker jeg det dit hen at dette har noe med forståelse å gjøre og at terapeuten er kultursensitiv i sitt møte med denne informanten. I følge Dagsvold (2010) innebærer det å inneha kunnskap om egne og andres kultur, forståelse, respekt og anerkjennelse for andre mennesker, man kan anta at det er akkurat dette informanten ikke finner ord for å forklare.

På et av spørsmålene om hva et samisk tjenestetilbud bør inneholde, svarte en av informantene slik: *”Det første jeg tenker på er oppvekst. I oppveksten vår er det ofte snakk om overnaturlige ting og vi blir oppdratt deretter, med skogen, havet og elva”*. Jeg valgte å stille et oppfølgingsspørsmål for å få klarhet i om informanten mente at terapeutene skulle ha erfaring og kunnskap til dette informanten nevnte.

*”Ja det burde de ha. Jeg kan ikke se at en nordmann kan lære dette bare med å gå på skole og lese en bok. Dette må være noe som ligger i blodet og i kroppen. Hvis vi for eksempel hører en setning eller, nei i skogen hører noe rare lyder, trenger man bare se på en annen same så skjønner vi med en gang, mens en nordmann vil si at det bare var en fugl. Hadde ikke så bra eksempler. Jeg har mange nordmenn som venner, men de mangler det nære og kjære, og kjærligheten til naturen. Når jeg tenker på samisk tjenestetilbud så kommer naturen inn som et viktig element i behandlingsterapi og jeg ønsker det som et behandlingstilbud. Det er greit å føle seg hjemme”.*

Dette kan tyde på at informanten mener at det ikke bare er nok med en analytisk tilnærming til kulturen altså en kulturforståelse, men mener at terapeuten bør ha en kulturkompetanse for å kunne forstå informantens behov, altså en kompetanse man får ved å vokse opp i en bestemt kultur.

Når det gjelder familien og slekten har dette en stor betydning innefor den samiske kulturen, både familien og slekten, utgjør som oftest referanserammen og en sterk identitetsfaktor for den enkelte person i stor grad. Dette kan også vises til bakt til Høgmos definisjon på identitet, (2003) der han sier at et folks identitet kan forstås som en fortelling om en gruppe mennesker som definerer seg som vi, et stort felleskap. Også fra Årrans utstilling der en av personene definerer identitet slik: *”oldemor, bestemor, mor, datter jeg inngår i en lang rekke. Det er det som gjør meg til same”* Dette mener jeg peker tilbake på slektens betydning i det samisk samfunnet.

En av informantene utaler seg slik angående hva SANKS hadde hjulpet denne informanten med, og jeg velger å gjengi hele samtalen mellom meg og informant for å få kunne peke på funnene.

Informant: *”Ja de har hjulpet meg. De har også hjulpet til at mine nærmeste, kunne komme til den avdelingen i xxx som jeg var innlagt i for en felles samtale”.*

Intervjuer: *”Vil det si at du har vært innlagt i en annen avdeling og ikke hos SANKS?”*

Informant: *”Ja”*

Intervjuer: *”Gikk SANKS inn og bistod til at dine nærmeste ble involvert i behandlingsopplegget”?*

Informant: *”Ja, og dette hadde vi snakket om i min behandling hos SANKS i forkant før*

*innleggelse”.*

Intervjuer: *”Mener du at det er viktig at SANKS samarbeider med andre sykehus?”*

Informant: *”Ja det er viktig. SANKS har ikke sine avdelinger i mitt område, og det er så langt å reise til Finnmark. Det er fint at SANKS kan samarbeide med de lokale sykehusene. Det er for tungvint å reise for innleggelse til Finnmark, da er det bedre å benytte seg av lokal sykehuset”.*

Intervjuer: *”Jobbet SANKS i forhold til kommunikasjon med den avdelingen du ble innlagt på, og gikk det på kulturforståelse?”*

Informant: *”Det var for å få involvert mine nærmeste i behandlingsopplegget, for at dem skulle få en forståelse hva jeg sleit med”.*

Intervjuer: *”Når du snakker om de nærmeste, hvem er det?”*

Informant: *”Det er slekta, mor og mine tanter.”*

Intervjuer: *”Når det er snakk om dine nærmeste, hvor mange dreier det seg om?”*

Informant: *”Det dreier seg om 7 personer. Min mor og mine tanter.”*

Intervjuer: *”Regner du dem som nærmeste pårørende?”*

Informant: *”Ja”*

Intervjuer: *”Når du blir syk og har behov for å kontakte nærmere pårørende, så er det ikke bare snakk om en person?”*

Informant: *”Nei da benytter jeg meg av mor og mine tanter”.*

Intervjuer: *”Får de alle lik informasjon, og anser du dem alle som like nære pårørende?”*

Informant: *”Ja”*

I denne samtalen kommer det frem flere viktige ting med tanke på et kultursensitivt møte mellom pasient og hjelpere. I spesialisthelsetjenesten i Norge er det naturlige å forholde seg til en pårørende og som oftest er det registrert med en hovedpårørende i pasientjournal. I dette tilfelle viser informanten til at han forholder seg til flere en, og alle er regnet som like nære pårørende i informantens øyner. I forhold til informantens innleggelse i en ”norsk” avdeling måtte SANKS bistå i forhold til å få informantens nærmeste involvert i behandlingsopplegget. Dette forteller noe om viktigheten av slektskap i det samiske samfunnet, og det kan virke som om at den ”norske” avdelingen ikke hadde god nok kjennskap, altså ikke tilstrekkelig kunnskap i forhold til samisk kultur. I dette tilfelle løste det seg til det beste for alle parter blant annet fordi at SANKS gikk inn med sin kunnskap i forhold til samisk kultur og veiledet den respektive avdeling. Det er også en av SANKS oppgaver Og en av målsetningene til SANKS går ut på å drive opplæring å undervisning.



Samisk folketro lever fremdeles veldig sterkt i dag, og det er ikke uvanlig å ha forestillinger eller tro på forvarsler, at døde personer kan komme tilbake, vardøger, lesing, og synskhet. Det er heller ikke uvanlig å tro på ganning altså det å bli satt vondt på, men dette snakkes det ikke så ofte høyt om.

Dette var også noe som kom frem i min undersøkelse og en av informantene utalte seg slik: *”Jeg er ganske åndelig bevisst, og i denne slekta er vi mange som har sterke bånd til naturen. Vi ser ting i forkant av hva andre folk ser, på godt norsk kalles det synsk”*.

Og en annen av informantene påpeker viktigheten av at SANKS har forståelse for alternativ behandling og uttrykker seg slik:

*”Vi samer, har det der at vi benytter oss av alternativ behandling. Jeg synes det er bra at SANKS er åpen for alternativ behandling, og at de ikke bare er opptatt av skolemedisin og at det er det eneste som hjelper i behandling”*.

Jeg valgte også her å stille et oppfølgingsspørsmål, *”Du trekker frem dette med alternativ behandling i forhold til det samiske, og at dette er vanlig. Er det noe du benytter deg av?”*

*”Ja jeg benytter meg av det, og det har jeg gjort siden jeg var et barn. Det har jeg fått gjennom min bestemor og bestefar”*.

Mine informanter kommer med en knippe av viktige momenter som er en naturlig del av et menneskets liv. Disse momentene som går på barneoppdragelse, oppvekst, slektsforhold og samisk folketro, er noe alle informantene peker på når de snakker om sin opplevelse i møte med SANKS og behandlingsapparatet. Jeg tolker dette på en slik måte at informantene opplever å bli forstått i sitt møte med SANKS, noe som igjen sier meg at SANKS innehar en tilleggskompetanse som er basert på samisk språk og kultur. Dette skaper nok også grunnlaget for at alle informantene uttrykker et behov for et samisk tjenestetilbud.

### **5.3 Alle informantene uttrykker et behov for et samisk tjenestetilbud**

I min undersøkelse svarte alle informantene entydig at de hadde behov for et samisk tjenestetilbud. De fleste begrunner dette med at de opplever å bli møtt av terapeutene hos SANKS med en forståelse for hvem de er. En av informantene beskrev det slik:

*”man kommer til sine egne, som forstår både i forhold til kultur, åndelighet og generelt det å være samisk.*

Mine funn bekrefter erfaringer terapeuter i SANKS har gjort, som beskrevet av psykologspesialist Elisabeth Gerhardsen under et foredrag på Høgskolen i Harstad i november 2012. Hun fremholder her viktigheten av god kjennskap til kulturen for å etablere en god relasjon og ikke minst oppnå nødvendig tillit. Hun viser til Landgaard (1994) som finner at når klient og terapeut har ulik kulturell bakgrunn, er vanligvis ikke klientene bekymret for å møtes med fordommer eller manglende åpenhet, men de er bekymret til hvilke verdier og holdninger terapeuten måtte ha. Langaard (1994) hevder i sin artikkel om den interkulturelle behandlingsrelasjonen at det ikke er terapeutens manglende evne til å sette seg inn i en situasjon emosjonelt som er problemet, men at terapeuten ikke er forberedt på at det blir stilt spørsmål ved vedkommendes evne til å se forbi egen kultur og kulturelt betingede vurderinger i møte med klienter/pasienter fra en annen kultur.

Gerhardsen (2012) viste også til egen praksis, der hun gjentatte ganger har opplevd at klientene setter pris på at hun har kjennskap til ikke bare samiske leveforhold og samfunnsforhold, men kjenner hvilke verdier klientene har, og hva som er viktig for dem. F. eks kjennskap til hvilken betydning slektskap har dersom problematikken dreier seg om en konflikt med en slektning, og at slike konflikter kan involvere mange fler enn det hun finner hos klienter med en mer vesteuropeisk kulturbakgrunn. Hun poengterer også at hun i terapi med en samisk klient ikke nødvendigvis gir spesielle råd e. l, men at klientens tillit bygger på trygghet om hennes kjennskap til klientens forhold og verdisyn. Gerhardsen sine erfaringer med at klientene setter pris på hennes kjennskap, verdier, slektskap og problematikk bekreftes i min undersøkelse der en av informantene forklarte hvorfor han valgte å benytte et samisk tjenestetilbud slik som SANKS.

*”man trenger ikke gå inn i spørsmål angående konflikter. Alle vet at det eksisterer konflikter internt i det samiske miljøet. Man får konsentrert seg om sakens kjerne, i stede for å butte i mot i forhold til å forklare, at nå forstår jeg ikke hva du snakker om”.*

Alle informanter har tidligere vært i kontakt med det ordinære behandlingsapparatet innenfor psykisk helsevern, og mine funn tyder på at de opplevde det som forskjellig og mindre tilfredsstillende enn det tilbudet de får/har fått hos SANKS. Møtet med det ordinære hjelpeapparatet omtales med begreper som fremmedgjøring, annen forståelse, og ”krasj” på grunn av kulturelle forskjeller. Noen av informantene har valgt å avslutte behandlingen fordi at de ikke følte seg forstått, og ikke hadde tillit til at hjelpeapparatet kunne hjelpe dem. En av informantene sa det slik”

*”Det norske tilbudet forstår ikke hvordan vi samer lever”*

Informantenes opplevelse med hjelpeapparatet samsvarer med hva forfatterne i boka ”Kulturmøte og terapi i Såpmi” (2004) konkluderer med, der de sier at kulturperspektivet er en forutsetning for god behandling. Dette tolker jeg dit hen at skal man ha forutsetninger for å lykkes med behandling til en samisk pasient, er det ikke alltid tilstrekkelig med god fagkunnskap, vi må også sette kulturperspektivet i fokus. Dette for å skape gode relasjoner mellom terapeut og pasient slik som Arre, Bugge, og Juklestad(2009) understreker som viktig.

De samme erfaringene og synspunktene finner vi igjen i regjeringens handlingsplan for helse og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge:

*”Mange engster seg for møtet med norske øvrighetspersoner, deriblant helse- og sosialpersonell” Et annet forhold er at helse og sosialpersonell ofte behandler brukere på en måte som er kulturelt fremmed for samer” (NOU 1995)*

En av de yngste informantene mine uttrykte seg slik i sitt møte med det ”norske” behandlingapparatet:

*Ja jeg følte meg fremmed rett og slett”*

I rapporten om "Helsetjenester og sørsamer" (Trøndelagsforskning 2000) kommer det frem at samer heller underreporterer enn overreporterer helseproblemer. Dette fordi helsearbeidere viser manglende kulturell forståelse og respekt, og dels fordi vurderinger om helsetilstander er annerledes. Når det gjelder at samer vurderer helsetilstanden annerledes, er det kjent at samer ikke tar kontakt med helsevesenet før det er strengt tatt nødvendig og oftest med en veldig konkret problemstilling. På en av mine jobbreiser i et samisk område utalte en lege seg slik til meg:

*"Hvis en same tar kontakt og ber om hjelp hos meg, ja da vet jeg at det er reelt fordi de tar bare kontakt når det er strengt tatt helt nødvendig"*

Prof.dr.med. Tore Sørli (2005) gjorde en undersøkelse angående behandlingstilfredshet og symptombedring hos samiske og norske pasienter innlagt ved en avdeling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge i perioden 2000-2002. Sørli konkluderer i sin rapport at samiske pasienter opplevde dårligere behandlingsallianse og var mindre fornøyde med hjelpen de mottok fra avdelingen enn de norske pasientene. Dette klarte ikke de norske terapeutene å fange opp, fordi at de derimot vurderte sin kontakt og allianse med de samiske pasientene som like gode som med de norske. (Sørli og Nergård 2005)

Ut fra mine funn i undersøkelsen, teoretiske redegjørelser og andres erfaringer kan det se ut som om at hvis en skal gi et tilfredsstillende og likeverdig tilbud innenfor psykisk helsevern til den samiske befolkningen er det ikke det ordinære hjelpeapparatet tilstrekkelig. Tilfredsstillende fagkompetanse er selvsagt vesentlig, men må i tillegg tilpasse hjelpen til den særegne kulturelle kontekst. I rapporten om helsetjenester og sørsamer (2000) kommer det fram at flere sørsamer forteller at de ikke har tillit til et offentlig helsevesen fordi de ikke ivaretar samers mulighet for å forme sin samiske identitet

*"Det er som jeg har sagt tidligere, man kommer til sine egne, som forstår både i forhold til kultur, åndelighet og generelt det å være samisk. Sliter jeg vil jeg heller oppsøke noen med samme bakgrunn, enn at jeg f. eks må dra en annen plass. Jeg klarer ikke å åpne meg på samme måte, jeg lukker meg, og da klarer de heller ikke hjelpe meg".*

Utsagnet over er med på å understreke viktigheten av SANKS som en spesialisthelsetjeneste med en tilleggskompetanse innenfor samisk språk og kultur. Noe også en av mine informanter understreker over.

## 6 Avsluttende refleksjoner

I min undersøkelse kom det frem tre tydelige funn. :

1. Alle informantene uttrykker en følelse av å bli forstått i møte med SANKS og dette fremstår som en viktig forutsetning for opplevelsen av et godt behandlingstilbud
2. Informantene fremhever i særlig grad betydningen av at behandlingsapparatet har kjennskap til og kunnskap om oppvekst, slektsforhold, barneoppdragelse og folketro relatert til den samiske befolkningen. Dette beskrives som en forutsetning for etableringen av en god og tillitsfull relasjon mellom brukerne og behandlingsapparatet.
3. Alle informantene konkluderer med at det er behov for et samisk tjenestetilbud og at dette er forutsetningen for at de skal få den hjelpen de trenger.

I denne undersøkelsen uttrykker informantene at de har en positiv opplevelse i møte med SANKS tjenestetilbud, og peker på at de opplever at de blir møtt med forståelse for hvem de er, slik som en av informantene uttrykte ” *det var et kjempebra møte og jeg fikk et godt inntrykk, de tok i mot meg slik jeg var*”

Ut fra mine funn ser vi at informantene på ulike måter tematiserer betydningen av å bli forstått. Informantene knytter opp forståelse mot kulturbegrepet, og viser til viktigheten av å ha forståelse av at det faktisk er kulturelle forskjeller som blant annet er relatert til barneoppdragelse, folketro, oppvekst, levesett osv. Alle informantene har vært i kontakt med behandlingsapparatet innenfor psykisk helsevern tidligere, og mine funn kan tyde på at informantene opplevde tilbudet forskjellig og mindre tilfredsstillende enn tjenestetilbudet fra SANKS.

Min problemstilling i denne oppgaven var:

*Hvordan opplever brukergruppen møte med SANKS, og hva fremstår som kritiske suksessfaktorer i et tjenestetilbud innenfor psykisk helsevern til den samiske befolkningen?*

Og oppgavens formål var å se på brukergruppens opplevelse av tjenestetilbudet, og ut fra funn vurdere om det er behov for et slikt tjenestetilbud i regi av SANKS.

Funnene kan tilsa at brukergruppen opplever møtet med SANKS som positivt, og at det i stor grad går ut på å føle seg forstått. Jeg tolker mine informanter dit hen at deres positive opplevelse i møte med SANKS, har noe med tilleggskompetansen som SANKS innehar, nemlig en kompetanse innenfor samisk kultur og språk. Når det gjelder behandling av psykiske lidelser varierer dette avhengig i hva slags lidelse det er snakk om, og ikke om man er ”same” eller ”norsk”. Min oppfatning var, og er etter arbeidet med oppgaven er at kritiske suksessfaktorer i et tjenestetilbud innenfor psykisk helsevern til den samiske befolkningen er å inneha en tilleggskompetanse innenfor samisk kultur og språk. Dette kan også understrekes av Gerhardsen (foredrag på Høgskolen i Harstad 2012) der hun poengterer at i terapi med samiske pasienter ikke nødvendigvis gir spesielle råd e. l men at klientens tillit bygger på trygghet om hennes kjennskap til klientens forhold og verdisyn. Med et organisasjonsteoretisk språk kan vi si at kulturkompetansen er en nødvendig forutsetning for at organisasjonens sentrale arbeidsmåter, dens verktøy, skal virke. Terapien, og de tilnærmingene som nyttes i denne, krever kulturkompetanse for at tjenestene skal kunne å yte gode og likeverdige tjenester til den samiske befolkningen.

Funnene er helt klare på at informantene ønsker et samisk tjenestetilbud innefor psykisk helsevern. Og dette er også helt i tråd med SANKS oppgaver og målsetninger som blant annet går ut på å sikre likeverdige tjenester og god tilgjengelighet for alle grupper av samiske brukere på tvers av geografiske, språklige og kulturelle skillelinjer.

Frem til nå i prosjektet ”utvikling av nasjonale kliniske tjenester utenfor Finnmark” viser det seg at pasienthenvisningene utenfor opptaksområdet og etterspørsel etter veiledning og undervisning har øket hos SANKS. Det viser seg også at flere offentlige instanser kontakter SANKS for samarbeid.

På bakgrunn av mine funn og drøftninger i min analysedel, er min konklusjon at informantene har behov for et slikt tilbud SANKS tilbyr i regi av prosjektet ”utvikling av nasjonale kliniske tjenester utenfor Finnmark”, og at tjenestetilbudet et nødvendig supplement til det ordinære helsetilbudet innenfor psykisk helsevern, også for å imøtekomme likeverdighetsprinsippet.

Studiet kan være relevant for å trekke en parallell til andre grupper i samfunnet.

Innvandrerbefolkningen kan i like stor eller større grad ha kulturelle forskjeller til den norske

majoritetsbefolkningen, selv om de ikke er likestillet i forhold til rettighetene som urbefolkningen innehar. Like fullt vil det i et behandlingsperspektiv være interessant å bruke funn i oppgaven for å skjele til at brukere fra en ikke vestligkultur vil ha større utbytte av psykisk helsevern i møte med behandlere som forstår dem og som har kunnskap om deres oppvekst, slektsforhold, barneoppdragelse og folketro.

*Uten komager er det vanskelig å komme seg frem*

(Harald Gaski 2004)

Vil avslutte denne masteroppgaven, som ordtaket illustrerer, det er ikke lett å klare seg her i verden uten tilstrekkelig kunnskap.



## Litteraturliste

Arre, Bugge og Juklestad (2009) ”Psykiatri for helsefag”

Bårjås( 2011) Artikkel ”Samisk psykisk helsevern- hva kan det være? Noen helsepolitiske problemstillinger av Sigmund Elgarøy. Forlaget Báhko

Eide og Olsen, Nordlandsforskning (1999) ” Med ei klype salt” Rapport om håndtering av helse og identitet i en flerkulturell sammenheng

Eidheim og Stordahl (red): Kulturmøte og terapi i Sápmi. Davvi Girji 1998 (første utgave).

Eriksen (2003) ”Samiske verdier” Davvi Girji

Eriksen og Hylland (1997) ”Flerkulturell forståelse” Tano Achehoug, Oslo

Eriksen, Hylland og Sørheim (1998) ”Kulturforskjeller i Praksis” Ad Notam Gyldendal AS

Gaski (2004) ” Tiden er et skip som ikke kaster anker” Samiske ordtak

Handlingsplan for samisk språk (2008) Regjeringens handlingsplan for samisk språk

Hanssen, I. (1996) Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. Oslo: Universitets forlag 1996

Jacobsen og Thorsvik (2007) Hvordan organisasjoner fungerer

Javo, Anne Cecilie. 2003: Child-rearing and child problems in a sami population. Universitetet I Tromsø

Johannessen, Kristoffersen og Tufte (2005) Forskningsmetode

Klausen, Arne Martin (1992) ”Kultur, mønster og kaos” Ad Notam Gyldenda

Kvale og Brinkmann (2009) Det kvalitative forskningsintervju

Kvernmo, Siv og Stordahl, Vigdis (1990) Fra same til akademiker = fra deltaker til observatør?  
Sàmi Medica no 1

Langard (1994) ”Interkulturell behandling”

Malt, Andreassen, Melle og Årslund (2012) ”Lærebok i psykiatri”

Nergård Jens-Ivar (1994) Det skjulte Nord – Norge. Ad Notam Gyldendal

Nord – Trøndelagforskning (2000) rapport om helsetjenester og sørsamer ”De forstår ikke hva som er viktig for oss”

NOU (1995) Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge

Oppdragsdokument 2012 Helse Nord RHF

Roos, gøran, Von krogh og Roos, Johan (2005) ”Strategi – en innføring”

SANKS (2010) Samisk psykisk helsevern

SHD (2002) Mangfold og likeverd - Regjeringens handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge 2002-2005.

Solbakk, J. T. (2004) Samene- en håndbok

Stordahl, Vigdis, (1998) Same i den moderne verden. Endring og kontinuitet i et samisk lokalsamfunn. Davvi Girji OS, Karasjok

Stortingsmelding nr. 28, 2007-2008: Samepolitikken

Strand, T. 2001. Ledelse, organisasjon og kultur. Bergen: Fagbokforlaget.

Strategiplan SANKS (2010-2015)

Sørli, Tore og Nergård, Jens Ivar (2005): Treatment satisfaction and recovery in Saami and Norwegian patients following psychiatric hospital treatment. A comparative study. I Transcultural Psychiatry vol 42, 2005.

# VEDLEGG 1

## SANKS - undersøkelse

### Intervjuguide

1. Tok du selv initiativ til å komme i kontakt med SANKS? Hvis nei, hvem gjorde dette?
2. Hvilke forventninger/ønsker hadde du fra SANKS tjeneste tilbud?
3. Har familien/slekten vært informert/involvert i behandlingsopplegget?
4. Fortell om ditt møte med SANKS
5. Har du erfaringer fra andre enn SANKS? Hvis ja, er det noe som er forskjellig fra tidligere erfaringer med psykisk helsevern?
6. SANKS skal også være et samisk tilbud, hvordan kom dette frem i møtet med SANKS?
7. Er det noen mangler ved dette tilbudet, med tanken på at det er et samisk tjenestetilbud?
8. Hva synes du et samisk tjenestetilbud bør inneholde?
9. Har du behov for et samisk tjenestetilbud? Hvis ja, hvorfor?
10. Kan du gi eksempel på positive hendelser / opplevelser i møte med SANKS.
11. Kan du gi eksempel på negative hendelser / opplevelser i møte med SANKS.

## VEDLEGG 2

### Forespørsel om å delta i forskningsprosjekt

Mitt navn er Tone Amundsen og jeg er student ved handelshøgskolen i Bodø, Universitetet i Nordland hvor jeg gjennomfører Master of Business administration. Som en del av studien skal jeg skrive en masteroppgave. Jeg ønsker at arbeidet med masteroppgaven skal gi en dypere innsikt i SANKS utenfor Finnmark, og jeg ønsker å se på om tilbudet er tilpasset den samiske befolkningen.

For tiden er jeg selv ansatt som prosjektkoordinator i SANKS.

Oppgaven er en undersøkelse av møter med behandlingsapparatet, i dette tilfelle ditt møte med SANKS. Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan brukerne opplever det tjenestetilbudet som SANKS tilbyr, og om tilbudet er tilpasset den samiske befolkningen. Jeg ønsker også å finne ut hvordan SANKS sitt tilbud bør være utformet for at tjenestene skal være hensiktsmessig.

For å kunne gjennomføre denne undersøkelsen trenger jeg kontakt med ca 5 voksne mottakere av SANKS tjenestetilbud. Dersom du er villig til å delta i prosjektet, ønsker jeg å gjennomføre en samtale/intevju med deg. Lengden på samtalen vil ca ta 1 til 2 timer. Jeg har laget en intervjuguide for en slik samtale, og denne er vedlagt denne forespørselen. Jeg vil helst ta opp samtalen på lydbånd, men hvis du ikke ønsker det, kan jeg ta notater for hånd. Jeg kan komme hjem til deg eller finne et sted der vi kan snakke sammen uten å bli forstyrret. Jeg er underlagt taushetsplikt og vil behandle alle opplysninger konfidensielt. Ingen andre vil få tilgang til lydopptak eller notater fra samtalen. Opplysninger som senere offentliggjøres i masteroppgaven, vil være anonymisert slik at ingen kan finne ut hvem som har deltatt i prosjektet. Ved prosjektslutt vil alt materiale som ikke er publisert, både lydopptak og utskrifter, bli slettet. Prosjektslutt er satt til desember 2012.

Deltakelse i forskningsprosjektet er helt frivillig. Det trengs ingen begrunnelse for å ikke ville delta. Du har rett til å trekke deg fra deltakelse i prosjektet når som helst frem til prosjektslutt uten at det får noen konsekvenser for deg. Lydbåndopptakene og alle personlige data vil da bli slettet, og jeg vil ikke bruke noen opplysninger fra deg i oppgaven.

Dersom du ønsker å delta i prosjektet kan du fylle ut de åpne feltene under overskriften ”Tilbakemelding med samtykke” nedenfor og returner et utfylt eksemplar til meg i den vedlagte svarkonvolutt. Den andre delen av skrevet beholder du selv. Jeg vil kontakte deg på det telefonnummeret eller e-postadressen som du oppgir i tilbakemeldingen.

Dersom du har spørsmål eller ønsker flere opplysninger, kan du kontakte meg på:

Mob: 46 80 31 14

E-post : [tone.kristin.amundsen@helse-finnmark.no](mailto:tone.kristin.amundsen@helse-finnmark.no)

Eller min veileder Arne Brinchmann

Mob: 90 07 40 14

E-post: [Arne.Brinchmann@uin.no](mailto:Arne.Brinchmann@uin.no)

Vennlig hilsen

Tone Kristin Amundsen

### **Tilbakemelding med samtykke**

Jeg har mottatt informasjon om forskningsprosjektet, og ønsker å delta i samtalene/intervjuene i prosjektet.

Navn: -----

Adresse: -----

Tlf.nr: -----

E-post: -----

Dato: -----

Signatur: -----

## **Vedlegg 3**

**Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS**



Arne Brinchmann  
Handelshøgskolen i Bodø  
Universitetet i Nordland  
Postboks 6003  
8049 BODØ

Vår dato: 03.02.2012

Vår ref: 29073 / 3 / KS

Deres dato:

Deres ref:

## TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.12.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

29073	<i>Likeverdige tjenester. En undersøkelse av et samiske tjenestetilbud</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Nordland, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Arne Brinchmann
Student	Tone Amundsen

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.06.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Tone Amundsen, Nordstrandveien 47, leilighet 217, 8012 BODØ

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no