

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn på kandidat: Magnar Johannes Johansen

Veiviseren

Lederutfordringer på veien fra
visjonspregede styringskrav til samisk
kulturforståelse

Dato: 20. juni 2016

Totalt antall sider: 53 (inkl. forside)

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på min studenttilværelse ved Nord universitet hvor jeg de to siste årene har tatt MBA i helseledelse. Det samiske ordtaket *Geahkamin ii šatta mihkkege - Å skulle blir det ingenting av*, får stå som motto for denne perioden og som hilsen til Helse Nord og UNN.

Jeg vil ærbødigst hilse og takke: Informantene som velvillig stilte opp, UNN og Helse Nord som lot meg og mine flotte medstudenter få muligheten, sjefene mine, Tone Nordøy og Arthur Revhaug, som ville ha meg inn på dette studiet, professor Inger Johanne Pettersen som i visdom har ledet oss gjennom de to årene i samarbeid med Anita Eide og ikke minst førsteamanuensis og veiviser Kari Nyland fra Drevja som har veiledet oppgaven.

Min beste ofelaš her i livet, både i sinn og skrift, har også bidratt denne gangen, takk for det moarsi Åse Mette!

Les denne oppgaven, så vil du finne ut at sjøl om ikke alt er perfekt nå heller, var muligens kulturforståelsen av samer tross alt verre før. Som denne rapporten fra min kollega for 124 år siden avslører:

Sjøfinnerne i Alten [...] maa vel siges at være noget nær den lavest staaende Race i Europa. Smaa af væxt, ofte svagt byggede, fører de paa grund af Dovenskab en kummerlig tilværesle. De fleste bor i lave Jordgammer, og inde i Gammen huses som oftest ogsaa Ko og Smaafe. Ureenlighed og Utøi er Sjøfinnernes Følgesvende. (Fra *Medisinalberetningen* 1892, Alten, sitert i Forsdahl, 1991, s. 77)

Tromsø, 20. juni 2016

Magnar Vännbari Johansen

Sammendrag

Målet med denne studien er å undersøke prosessen i en kompleks organisasjon med å oversette og ta i bruk et visjonsprega styringskrav. Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nord RHF setter krav i et årlig oppdragsdokument til Universitetssykehuset Nord-Norge HF om blant anna økt samisk kulturforståelse hos de ansatte i møte med samiske pasienter. Ved å foreta en dokumentanalyse av mål og strategier ved UNN samt en analyse av fem kvalitative intervjuer med avdelingsledere, er hensikten å utforske hvordan dette kravet tas imot i organisasjonen. Analysene tjener som grunnlag for å svare på problemstillinga: Hvordan kan man forstå komplekse organisasjoners utfordringer med å oversette visjonspregede styringskrav?

Funnene viser at avdelingslederne ikke kjenner formuleringa om samisk kulturforståelse i oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF. Videre kan det synes å være lite støtte i formulerte mål og strategier på UNN. Lederne klarer ikke oversette kravet til operasjonaliserte mål som skaper resultater som tilfredsstillende den samiske minoritetens behov. De tolker det som at målene har en symbolsk funksjon, og dette fører til dekopling. Den viktigste hensikten med visjonspregede styringskrav synes å være å tilfredsstille omgivelsene mer enn å skape endring i organisasjonen og læring blant de ansatte på dette området.

Denne studiens bidrag til praksis kan oppsummeres slik: (1) Skal visjonspregede styringskrav gi resultater, må det formuleres eksplisitt hvem som har ansvar for å oversette kravet til operasjonaliserbare mål, og (2) kulturforståelse bør oversettes i samsvar med minoritetens oppfattelse av hva begrepet innebærer.

Abstract

The purpose of this thesis is to examine the process concerning translation and implementation of vague and visionary goals within a complex organization. The Royal Norwegian Ministry of Health and Care Services and Northern Norway Regional Health Authority make a yearly contract that communicates the targets and expected outcomes to University Hospital of North Norway (UNN). An important objective of this document is improved understanding of Sámi culture among UNN employees. The Sámi constitute an ethnic minority and are ratified as an indigenous people in Norway. In order to explore how this objective is received within the organization, two different types of data are analyzed. More specifically, data include both strategic documents in UNN, as well as qualitative interviews with five Heads of departments. The research question is: How can the challenging translation of visionary goals within a complex organization be understood?

The main findings show that the interviewees are not familiar with the objective related to Sámi issues in the contract from Northern Norway Regional Health Authority. Furthermore, there seems to be little support in goals and strategies in UNN. Finally, interviewees are not able to translate the vague and visionary goals into results in everyday practice that meet the needs of Sámi minority patients. These goals seem to have a symbolic function, and this leads to decoupling. To respond to pressures from the institutional environment seems more important than to change the employees' attitudes to and knowledge about Sámi.

This study's relevance according to practice, can be summarized as follows: (1) For visionary goals to be fruitful, there is a need to explicitly address the responsibility of translation and operationalization, and (2) cultural competence has to be developed according to the perspectives of the minority group.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN	1
1.2 PROBLEMSTILLING	2
1.3 SENTRALE BEGREPER	2
1.4 VIDERE OPPBYGGING AV OPPGAVEN	3
2.0 TIDLIGERE FORSKNING OG TEORETISK RAMMEVERK	4
2.1 HELSEVESENET OG SAMISKE PASIENTER: KONTEKST, KOMMUNIKASJON, KULTURFORSTÅELSE ..	4
2.1.1 Sosiohistorisk kontekst – et riss	4
2.1.2 Juridiske forhold	6
2.1.3 Samers møte med helsevesenet	7
2.1.4 Helse i Nord, der samene bor	10
2.1.5 Er kulturforståelse nødvendig?	11
2.2 ORGANISASJONSTEORI	13
2.2.1 Hvordan organisasjoner fungerer – en modell	13
2.2.2 Et instrumentelt perspektiv	14
2.2.3 Et institusjonelt perspektiv: organisasjonskultur og læring	14
2.2.4 Et ny-institusjonelt (pragmatisk) perspektiv	16
2.2.5 Oversetting av tvetydige styringskrav	17
3.0 METODE	18
3.1 KVALITATIV METODE	18
3.2 DATAINNSAMLING	18
3.2.1 Dokumentanalyse	18
3.2.2 Intervju	19
3.3 RELIABILITET OG VALIDITET	20
4.0 EMPIRI	21
4.1 KJENNSKAP TIL STYRINGSKRAVET	22
4.2 MÅL OG STRATEGIER	22
4.3 ORGANISASJONSKULTUR OG LÆRING	25
4.4 LEDELSE	27
4.4.1 Oversetterkompetanse som kritisk suksessfaktor	28
4.4.2 Hvordan oversetter avdelingslederne?	28
4.5 INSTITUSJONELLE OMGIVELSER	31
4.6 RESULTATER OG TILBAKEMELDINGER	31
4.7 HOVEDFUNN	32
5.0 ANALYSE	34
5.1 VAGE MÅL OG STRATEGIER PÅVIRKER VEIVISERNE	34
5.2 DEN INSTITUSJONELLE VEIVISERENS VAKLENDE KULTURFORSTÅELSE PÅVIRKER OVERSETTELSEN	35
5.3 DEKOPLA VEIVISERE TILFREDSSTILLER INSTITUSJONELLE OMGIVELSER	37
5.4 BLINDE VEIVISERE ELLER INSTITUSJONELLE HELTER?	39
6.0 KONKLUSJON	40
LITTERATURLISTE	42
VEDLEGG	46

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

På *Avdeling for sykdom som spiser opp* møter vi stadig pasienter med samisk bakgrunn. På nordsamisk, det største samiske språket i Norge og Sápmi, heter kreft *borasdávda*. Ordet er sammensatt av *borrat*, 'å spise', og *dávda*, 'sykdom'. Fra gammelt av kan også variasjoner av *borrat* bety 'å bli spist eller tært opp' eller 'å bli drept ved trolldom'. I samisk kultur har det ikke vært vanlig å snakke om sykdom. Noen opplever det som traumatisk når vi kommer med våre brutale prognoser: Hvordan kan vi vite det? Tida som kommer, ikke går, vil vise hva som skjer. Så må vi bruke tid og lage omveier rundt det vi egentlig vil si. Vi burde ikke bruke tolk bare for språket; vi burde ha kulturfolk.

Som lege på Kreftavdelingen på Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har jeg opplevd disse møtene som gjør at jeg har reflektert over om vi som helsearbeidere og ledere møter samiske pasienter på riktig måte. Som mange i nord er også jeg en fornorska same, noe som gjør tematikken enda mer nærliggende å utforske. Jeg har satt meg inn i litteraturen om samenes møte med det norske helsevesenet og finner det dokumentert at kulturkunnskap er nødvendig for å tilby likeverdige tjenester. Storsjefene i Helse Nord sendte oss alle et brev på samefolkets dag der de snakker varmt om samisk identitet og likeverdighet og sier at "samefolket skal vite at Helse Nord tar oppdraget med å utvikle helsetilbudet til den samiske befolkning på største alvor" (Telle & Vorland, 2016). Økt kulturforståelse nedfelles som et styringskrav i oppdragsdokumentet til mitt sykehus, men som ansatt og leder har jeg ikke erkjent dette alvoret som sjefene uttrykker. Det som etterspørres, er først og fremst økonomiske og målbare resultater, ikke kulturkunnskap.

Så kan man mer generelt spørre seg om denne kunnskapen er nødvendig; har ikke kulturen hos samene endra seg og alle i landet vårt blitt likere? «På individnivå vil ikke en same være en same, på samme måte som en harstadværing ikke er en harstadværing,» for å låne et uttrykk fra en av mine informanter. Temaet er uansett aktuelt. I *Lancet* leser vi at samer lever kortere enn andre nordmenn (Anderson et al., 2016). I VG avdekkes den såkalte Tysfjordsaken, hvor fortielse av seksuelle overgrep blant annet forstås som resultat av en knallhard fornorskningsprosess. Helseledelsen i kommunen innrømmer at det er utfordringer knytta til kulturforskjeller mellom den norske og den samiske delen av samfunnet: "Blir ikke

ting fortalt til oss, kan vi ikke gjøre noe med det. Samtidig er det ikke alt vi forstår." (Berglund & Henriksen, 2016).

Dette er bakteppet for min studie, som er basert på intervjuer med fem avdelingsledere på UNN i tillegg til sentrale dokumenter som legger føringer for hvordan disse lederne kan identifisere oppdraget overfor den samiske befolkninga og gjennomføre det. Hvordan møter organisasjonen UNN styringskravet om økt samisk kulturforståelse, og på hvilken måte klarer lederne å oversette denne noe diffuse og for mange myke bestillinga til daglig praksis i avdelingene? Jeg avdekker at det ikke er alt vi ledere kan ha oversikt over, men at fine ord kan dekke over mye uten at man nødvendigvis etterlever dem. Kravet om økt kulturforståelse er såpass vagt og tvetydig at oversettelsen i organisasjonen er essensiell for at resultatet skal bli vellykka; nemlig at lederne institusjonaliserer en likeverdig helsetjeneste basert på minoritetens premisser.

1.2 Problemstilling

På et mer overordna nivå er målet med denne studien å undersøke hvordan et vagt styringskrav blir mottatt i organisasjonen, og hvordan prosessen fra krav til resultat forløper. Dette vil jeg gjøre ved å spesifikt se på hvordan kravet om økt samisk kultur- og språkforståelse blir etterlevd av avdelingslederne i UNN. Min problemstilling er derfor:

Hvordan kan man forstå komplekse organisasjoners utfordringer med å oversette visjonspregede styringskrav?

For å finne ut av dette vil jeg undersøke hvordan avdelingsledere i UNN etterlever kravene fra Helse Nord om økt kulturforståelse hos de ansatte i møte med samiske pasienter.

1.3 Sentrale begreper

En *visjon* definerer hva som vil være organisasjonens ideelle situasjon i en relativt uspesifisert fremtid (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 38). Den kjennetegnes ofte av et spesielt språk som er rikt på bilder, metaforer og symboler. Et *visjonspreget styringskrav* kan derfor ved første øyekast virke som ønsketenkning, men det er underforstått at konkrete mål må utarbeides. Å *oversette* forstås her som å tolke styringskravet slik at det blir transformert fra idéstadiet til praksis i virksomheta (Blindheim & Røvik, 2011).

Kulturforståelse betegner en teoretisk innsikt som gir kompetanse til å jobbe analytisk med mellommenneskelig problematikk i flerkulturelle såvel som i enkulturelle miljøer. Kulturforståelse, eller *tverrkulturell kompetanse*, vil derfor være et behov som kan foreligge, eller må erverves uansett personers kulturelle bakgrunn. Kulturforståelse vil i denne betydninga være forskjellig fra ren orienteringskunnskap om en kultur; det er snakk om en handlingskompetanse (NOU 1995:6, s. 391).

Jeg bruker benevnelsen *Helse Nord* om det regionale helseforetaket Helse Nord RHF, og sikter da mer spesifikt til ledelsen. Helseforetaket Universitetssykehuset Nord-Norge HF, som er det sykehuset studien tar utgangspunkt i, forkortes *UNN*.

1.4 Videre oppbygging av oppgaven

Jeg skal videre først presentere tidligere forskning og teoretisk rammeverk for studien (kapittel 2). Videre beskrives forskningsmetoden (kapittel 3), og deretter legger jeg fram empirien (kapittel 4) fra gjennomgang av strategidokumenter og kvalitative intervjuer med de fem avdelingslederne. Funnene blir diskutert i analysen (kapittel 5) før jeg til slutt konkluderer (kapittel 6) i lys av problemstillinga og gir råd til ny praksis.

2.0 Tidligere forskning og teoretisk rammeverk

Dette kapitlet er todelt. Første teoridel (kapittel 2.1) består av en presentasjon av relevant sosiohistorisk, juridisk og forskningsmessig kontekst hvor jeg kort skisserer samenes historie, hvilke rettigheter samiske minoritetsmedlemmer har i møte med helsevesenet og hva litteraturen sier om samisk kulturforståelse i helsevesenet. I den andre teoridelen (kapittel 2.2) går jeg mer spesifikt inn på leder- og organisasjonsperspektiver og ser på hvordan organisasjonen fungerer.

2.1 Helsevesenet og samiske pasienter: kontekst, kommunikasjon, kulturforståelse

Utgangspunktet for dette delkapitlet er at tematikken i denne studien henger sammen med både overordna makropolitisk og sosiohistoriske utviklingslinjer mer generelt, og den pågående "forskningssamtalen" om helsevesenet og samiske pasienter spesielt. Når det gjelder sistnevnte, står særlig studier av kommunikasjon og kulturforståelse sentralt.

2.1.1 Sosiohistorisk kontekst – et riss

"La elva leve!" ble det ropt i Stilla og utenfor Stortinget sommeren 1979. Stortinget hadde vedtatt utbygging av Alta-Kautokeino-vassdraget, på tross av innvendinger fra samene. Etter flere runder endte saken med kraftutbygging, velsigna av Høyesterett. Regjeringen mente kun 21 rein kom til å få ødelagt beitet sitt: "Det er det hele," sa Bjartmar Gjerde. For samene framsto saken derimot som et overgrep i egen kultur og råderett. Lovgivninga var norsk og reflekterte ikke at vi hadde to folkeslag; den tillot inngrep i det ene folkets autonomi. Arbeiderpartiet sendte den største politistyrken som var mobilisert siden krigen for å rydde vekk demonstrantene 14. januar 1981. Denne pyrrhosseier skulle senere bli beklaget av Gro Harlem Brundtland i 1989, som i sin tid var med på å godta utbygginga i Alta som miljøvernminister.

Altasaken defineres som vendepunktet i samesaken i Norge. Her vokste bevisstheten frem i et folk om at også deres identitet hadde verdi og ikke minst legitimitet. Etter hvert kom den nye sameloven i 1987 og i grunnlovens paragraf 108 i 1988 ble det skrevet: "Det påligger statens myndigheter å legge forholdene til rette for at den samiske folkegruppe kan sikre og utvikle sitt språk, sin kultur og sitt samfunnsliv." Videre ble Sametinget åpna i 1989.

Hvor gikk det så galt før den tid? Samene har bodd i Norge så lenge man kjenner til bosetting i nord. Sjølveste kong Harald Hårfagre giftet seg med sameprinsessen Snøfrid. I løpet av 1800-tallet vokste nasjonalismen fram. En koordinert og systematisk fornorskning satte inn fra siste halvdel av 1800-tallet og ble ytterligere forsterka først på 1900-tallet, parallelt med at Norge ble en selvstendig nasjon. Sosialdarwinismen godtok rasediskriminering. I nordområdene ble skallene målt, og i rasismens ånd deltok norske myndigheter i raljeringa over det samiske. Slik ordla eksempelvis skoledirektøren i Finnmark seg i 1923 (sitert etter Eriksen & Niemi, 1981, s. 258):

[Lappene] hadde ingen evne til på egen hand å heve seg op til et høiere kulturtrinn uten veien gjennom norsk språk og kultur. [...] De få individer som er igjen av den opprinnelige lappiske folkestamme er nu så degenereret at det er lite håp om nogen forandring til bedre for dem. De er håpløs og hører til Finnmarkens mest tilbakesatte og usleste befolkning og skaffer den største kontigent herfra til vore sidsykeasyler og åndssvakeskoler.

I standardverket om fornorskingsprosessen, *Den finske fare*, skriver Eriksen og Niemi (1981) om hvordan myndighetene bevisst ønsket å konsolidere norsk kultur i nord. Den viktigste arenaen var skolen. Undervisningsspråket skulle være norsk. Størsteparten av lærernes lønn var bonus estimert ut fra hvor mange som ble norskspråklige. Til slutt var det hovedsakelig reindriftskulturen i indre Finnmark som holdt stand mot fornorskninga. Fra den ene folketellinga til den neste ble befolkninga i store deler av Finnmark og Nord-Troms i stadig større grad norsk på bekostning av samisk og kvensk. Som følge av evakueringa og nedbrenninga på slutten av siste verdenskrig forsvant også de materialle uttrykkene for samisk og kvensk kultur, og i etterkrigstida ble tradisjonell byggeskikk erstatta av ensarta gjenreisningshus. Assimilasjonspolitikken vedvarte fram til 1960. Sjøsamisk identitet og kultur var da nesten helt brutt ned etter 100 års aktiv fornorskningsspolitikk.

Revitaliseringsarbeidet fra 1980-tallet har også møtt stor motstand i befolkninga som har vært utsatt for kolonisering. Ett eksempel er hvordan tospråklige kommuneskilt har blitt beskytt i Gáivuotna/Kåfjord i Nord-Troms. Identitet er ikke lett å endre. Nå ser vi imidlertid at det gamle stigmaet må vike for stadig større stolthet blant folk i de mest utsatte fornorskings-

områdene. Det kan komme til uttrykk i sedvane, håndverk og språklig praksis. Spesielt i den yngre garde er samiske kofter og symboler blitt kult, og kulturarrangementer som urfolksfestivalen Riddu Ridđu ('liten storm på kysten') trekker stadig flere. Denne sosiohistoriske bakgrunnen må helsepersonell og ledere ha med seg når de skal behandle hele det samiske mennesket. I fortsettelsen vil jeg nå se nærmere på noen relevante samiske språk- og kulturtrekk som skaper utfordringer for helsevesenets kommunikasjon med, og dermed en helhetlig og god behandling av, samiske pasienter. Eller rettere sagt: Det er vel ikke kulturtrekkene i seg selv, men manglende kunnskap om disse i helsesektoren, som skaper utfordringene. Men først noen lovmessige forhold som regulerer våre samiske pasienter.

2.1.2 Juridiske forhold

Den norske stat anerkjenner samene som et eget urfolk med visse rettigheter. Dette er regulert i grunnloven (§108) og sameloven gjeldende fra 1989. I 1990 ratifiserte Norge ILO-konvensjon 169 om urfolks rettigheter. Her sies det at regjeringen skal sikre at tilfredsstillende helsetjenester blir gjort tilgjengelige for vedkommende folk, at dette skal gjøres i samarbeid med folket og det skal tas hensyn til deres kulturelle forhold. Innafor forvaltningsområdet for samisk språk har man rett til å bruke samisk i møte med offentlige institusjoner. Denne retten følger pasienten også utafor hjemkommunen, for eksempel ved besøk på UNN. Forvaltningsområdet for samisk språk omfatter kommunene Guovdageaidnu/Kautokeino, Kárášjohka/Karasjok, Deatnu/Tana, Unjárga/Nesseby, Porsáŋgu/Porsanki/Porsanger i Finnmark; Gáivuotna/Kåfjord og Loabát/Lavangen i Troms, Divtasvuodna/Tysfjord i Nordland, Snåase/Snåsa og Raarvihke/Røyrvik i Nord-Trøndelag. Det samme gjelder de fire nordligste fylkeskommunene: Finnmark, Troms, Nordland og Nord-Trøndelag. I kommunene Guovdageaidnu/Kautokeino og Kárášjohka/Karasjok er samisk fortsatt dagligspråk, og noen lærer norsk først når de begynner på skolen. Blant de eldre er det mange som ikke engang forstår norsk og langt mindre kan gjøre seg forstått. Dersom behandleren ikke kan samisk, er dermed bruk av tolketjenester obligatorisk i konsultasjoner både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Samer som bor på steder utenom forvaltningsområdet har samme språkrettigheter som øvrige minoritetsspråklige. Forøvrig sikrer også Pasient- og brukerrettighetsloven (2015) at informasjon skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som blant anna

kultur- og språkbakgrunn. Videre kom NOU-rapporten *Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge* i 1995, og en etterfølgende handlingsplan, *Mangga-bealatvuohta ja ovtadassasasvuohta / Mangfold og likeverd*, i 2001.

2.1.3 Samers møte med helsevesenet

Da Per Fugelli arbeida som distriktslege i Finnmark i 1980, gjennomførte han en sosialmedisinsk undersøkelse i en befolkning sammensatt av samer, kvener og nordmenn i bygda Skoganvarre i Porsáŋgu/Porsanki/Porsanger. Samene hadde høyere forekomst av sykdommer enn norske, 3,3 sykdomstilfeller per innbygger versus 2,2. 46 % av samenes og 32 % av de norskes sykdomstilfeller førte til middels eller betydelig funksjonshemming (Fugelli, 1986). Ved 7–8 % av sykdomstilfellene blant samene var det nødvendig med ytterligere utredning i spesialisthelsetjenesten. Hvert tredje sykdomstilfelle resulterte i ny behandling. Konklusjonen var at det såkalte terskelproblemet var årsaken; samene tok ikke kontakt med legen. Fugelli tolker det slik at helsetjenesten både er bygd opp og fungerer med utgangspunkt i norsk tenkemåte, språk, atferd, sykdomsoppfatning og legesøkningsvaner. Dette harmonerer ikke alltid med hvordan samer tenker, føler og handler på feltet som gjelder helse og sykdom. Dette kan man beskrive som et skrankeproblem, eller en kulturkollisjon, i samhandlinga mellom leger og sykepleiere på den ene sida og pasientene på den andre. Å heve kvaliteten på denne samhandlinga handler ikke bare om å bruke en språklig tolketjeneste. Hvorfor er det slik?

To samiske helseforskere med sykepleierbakgrunn, Inger Dagsvold og Berit Bongo, har studert samisk kulturforståelse i en helsefaglig kontekst. Dagsvolds (2006) mastergradsoppgave og Bongos (2012) ph.d.-avhandling danner i hovedsak kildegrunnlaget for de følgende betraktningene. I samisk sykdomsforståelse er det vanlig å ikke snakke om kroppslige tilstander eller lidelser. Helsebegrepet (*dearvvašvuohta*) er langt videre på samisk enn på norsk; begrepet inkluderer hele livet, det å leve godt, og ligger således nærmere WHO-definisjonen på helse. Helsetilstanden observeres best gjennom hvordan man lever, og er ikke basert på om man har vondter her og der. Fravær av sykdom er ikke så interessant; det er langt viktigere om du trives og klarer deg sjøl. Man trenger derfor ikke spørre om hvordan et medmenneske har det, da man ser om den andre lever godt. For mange er det derfor viktig å signalisere friskhet til omgivelsene. Det kan være ved å kle deg i vanlig klær selv om du er

lenka til sykehussenga, spøke sjøl om døden nærmer seg og presse i deg mat og drikke sjøl om det byr deg i mot.

For mange samer blir det derfor naturlig at de ikke forteller så mye til legen. Det er en forventning om at legen ser hva som feiler pasienten fordi hun gjennom sin kompetanse har et slags røntgensyn. Man må altså som diagnostiker være nøye med å få frem pasientens sykehistorie (anamnese). Problemet oppstår også dersom man blir for direkte; dette kan oppfattes som direkte frekt, og samtalen kan låse seg. Helst bør man snakke "litt rundt problemene" og gjerne bruke metaforer. Mange nevner at man ikke bør gjødsle sykdommen med ord; det er bedre å forholde seg taus. Naturlig nok er gruppeterapi derfor ikke det første man bør foreslå. Dagens norske åpenhetskultur om sykdom er fremmed for spesielt den eldre samiske garde. De yngre samene opplever langt større påvirkning av den norske kulturen, og naturlig nok endres også den samiske kulturen over tid.

Tausheta er også viktig i møter med andre. Man kan dra på besøk til syke mennesker og bare sitte sammen uten å si noe. Dette kan oppfattes som både uhøflig og pinlig for utenforstående. De tause rommene i samtalen er spesielt verdifulle, et viktig tema i Dagsvolds (2006) arbeid, som handler om samer og kreftsykdom. Som behandler blir det da viktig å ta seg tid, og av og til er det rett og slett lege artis å holde kjef. Det er viktig for samer å være sjølhjulpne. Det kan være uhøflig både å spørre direkte om hjelp og det å tilby hjelp. Tilbudt hjelp er dårlig hjelp. Dette løses vanligvis ved at noen hjelper uten å bli spurt om å gjøre nettopp det. Ofte kan man få hint om hva som trengs: "Det er no litt uhøvelig å gå i kiosken på krykker" betyr altså «Kan du gå og kjøpe noe til meg i kiosken?»

Psykiske lidelser og kreft er spesielt vanskelig. Begge disse områdene har lenge vært tabubelagt i det samiske samfunnet. Tradisjonelt har psykiske tilstander vært oppfatta som at noen har kasta noe ondt over den som er syk. I kreftomsorgen kan det være utfordrende å informere om leveutsikter. Troen på at "det går no som det går" er sterk. Det er en ytre vilje som likevel styrer (Gud eller skjebnen) (Bongo, 2012). Som antyda helt innledningsvis i oppgaven, kan det derfor oppfattes som et traume når legen forteller pasienten at han har så og så lenge igjen å leve. Hvordan kan den legen vite det? Det som skjer, det skjer. Dette kan

også gjelde i situasjoner der utfallet er åpenbart. Sjøl terminale pasienter kan bli omtalt som at de ikke er så *rabbat*, altså i stand til å skynde seg. Når pasienten er sengeliggende og alvorlig syk, kan man si at hun har fått noe i kroppen som prøver å trekke henne ut av denne verden. Men sjølsagt er det ingen som kan vite nøyaktig om eller når det skjer. En får bare vente og se.

Samisktalende er mindre fornøyd med legetjenestene enn norsktalende. Dette skriver Nystad, Melhus og Lund (2006) i *Tidskrift for Den norske legeforening* på bakgrunn av at de i sin forskning har dokumentert at tilfredsheta er minst i forvaltningsområdet for samisk språk. De dokumenterer også at de samisktalende er mindre fornøyd med legens språkkompetanse. Samiskkunnskaper bør altså anses som viktig ved ansettelse av leger i de samiskspråklige områdene. Med Alta-saken som den viktigste katalysatoren har eksterne pressgrupper påvirket den politiske utviklinga, og som en frukt av dette ser vi altså en økende bevissthet i befolkninga rundt revitalisering av samisk kultur og språk. På et mer grunnleggende nivå har Sámi Doaktáriid Searvi (Samisk legeforening), som i 2014 hadde 30-årsjubileum, bidratt til å sette helsetjenester for samene på dagsorden.

Rekruttering av helsepersonell som kan samisk har vært et viktig same- og helsepolitisk grep for å bedre sosial- og helsesituasjonen for samene. I 1963 ble det satt av to plasser ved Universitetet i Bergen. Senere er flere samiske leger utdannet ved medisinstuderinga ved Universitetet i Tromsø som ble oppretta i 1973. Også ved det medisinske fakultet i Oulu/Uleåborg i Finland er det innført en kvoteordning for samisktalende studenter. Margrete Gaski undersøkte som en del av sitt doktorgradsarbeid om prioriteringa av samiske leger har hatt ønsket effekt (Gaski, Abelsen & Hasvold, 2008). Hun tar for seg studentene som fikk de samiske plassene i perioden 1963–1986 i Bergen og 1991–2000 i Tromsø. Kort oppsummert viser Gaski at det i disse to periodene ble uteksaminert 32 (av 38) studenter, og 93 % av dem arbeida som leger i de to nordligste fylkene. Tallene taler med andre ord for seg sjøl.

2.1.4 Helse i Nord, der samene bor

Samefolket skal vite at Helse Nord tar oppdraget med å utvikle helsetilbudet til den samiske befolkning på største alvor. Vi har nå fått et utvidet ansvar for å følge dette opp over hele Norge. Det vil vi gjøre i samarbeid med de andre regionene og Sametinget. Helsetilbudet vil den samiske befolkning få ved våre institusjoner i tillegg til at tilbudet i Karasjok skal utvikles ytterligere. Det vi må gå nærmere inn i er hva som skal til for at samene skal oppleve å ha en likeverdig tilgjengelighet til tjenester i utvidet forstand. Å leve i et land med en urbefolkning, med deres identitet, kultur og særpreg, gjør samfunnet vårt rikere. Det skal vi være glade for. (Telle & Vorland, 2016)

Dette skriver Helse Nord's styreleder Marianne Telle og administrerende direktør Lars Vorland til alle ansatte i Helse Nord på samefolkets dag. Direktivene kommer altså fra toppen. Beskjeden til foretakene er klar: Ta vare på helsa til samene på en likeverdig måte. Likeverdig behandling betyr i denne sammenheng ikke likebehandling. Det blir det ikke før man tar hensyn til samenes språklige og kulturelle egenart. Vårt nordligste helseforetak har et spesielt ansvar for gode helsetjenester til den samiske befolkninga. I utgangspunktet mener man at rammeoverføringer skal dekke det ekstra tilbudet som samiske pasienter har behov for. Men man har valgt å satse ekstra på tilbud om tolking og SANKS (Samisk nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsevern). Sistnevnte senter har vært velfungerende over flere år. Som en kuriositet kan det jo nevnes at de har utekontor i utkantbyen Oslo. Det arbeides nå for utvikling av en samisk helsepark i Karasjok for også somatiske tilstander. Men både innafor helsesystemet og i samfunnet for øvrig har etableringa av samenes egne institusjoner ikke vært uten møye. Ole Mathis Hetta, leder i Samisk legeförening, sier til NRK i 2014 at: "Det er ikke et ukjent fenomen i samepolitisk sammenheng. Alt som har blitt etablert av samiske institusjoner har blitt etablert gjennom at Storting og regjering har grepet inn mot lokale myndigheter" (Pulk, 2014). Kampen fortsetter. 6. april 2016 sender Sámediggi/Sametinget brev til Helse Nord hvor det klages på at ingen forslag på samiske representanter ble valgt inn i styrene for helseforetakene som ble utnevnt i mars 2016. De henviser til ILO-konvensjonen og skriver at "utforming og gjennomføring av helsetjenester for urfolk skal skje under urfolks eget ansvar og kontroll, slik at urfolk kan nyte godt av så høy fysisk og mental helsemessig standard som mulig" (Helse Nord, 2016b). Sametinget stiller seg undrende til valget da de hadde opplevd en felles forståelse av utfordringene.

Helse Nord har vært klare på at samiske pasienter har krav på å bli møtt på likeverdig linje med andre pasienter uansett hvor man får behandling. Definisjonen på likeverdighet er ikke nødvendigvis enkel. I 2010 gjennomførte Helse Nord en analyse av spesialisthelsetjenestetilbudet gitt til den samiske befolkning. Det ble da undersøkt forskjeller mellom de åtte kommunene inkludert i samisk språkforvaltningsområde og elleve kystkommuner som man antok hadde lite samisk befolkning. Oppsummert fant man ingen forskjell i henvisningsrate, likt forbruk av radiologiske tjenester, lavere forekomst av brystkreft i samiske områder, men lik tilgang til behandling og ikke forskjell i bruk av tvang i psykisk helsevern. Styret i Helse Nord konkluderer med at tilbudet er likeverdig (Helse Nord, 2011) – noe som egentlig indikerer at Helse Nord likestiller likebehandling med likeverdighet.

Heatta (2007) har i sin masteravhandling undersøkt lederutfordringer i utvikling av et likeverdig helsetjenestetilbud til den samiske befolkninga. Hun finner at definisjonen av likeverdighet avhenger av om det er majoritet- eller minoritetsgruppa som definerer. Den norske majoritetslederen forstår likeverdig som identisk med det den norske pasienten får tilbud om, men Heatta (2007) og litteraturen som fremlegges i denne oppgaven, konkluderer noe annerledes. Kulturkompetansen avhenger således av etnisk bakgrunn. Dette må Helse Nord ha med seg for å innfri sitt motto: "Helse i nord, der vi bor".

2.1.5 Er kulturforståelse nødvendig?

Helse Nord har altså konstantert at det er et likeverdig tilbud og sett at det ikke er forskjeller i behandlinga av samer eller øvrig befolkning i nord. Det største forskningsprosjektet på urfolks helse i verden noen gang ble i april 2016 publisert (på nett) i *Lancet* (Anderson et al., 2016). På verdensbasis er det store forskjeller i levealder mellom grupper i samme land, men også i Norge ser vi tendenser til det samme. Hos oss er levealderen i snitt 1,5 år lavere for samer. Dataene er hentet fra SAMINOR2-studien som ennå ikke er endelig fullført. De undersøkte har sjøl angitt etnisitet fordi det i Norge er forbudt å registrere dette i offentlige register. Antagelig skyldes forskjellene sosiokulturelle forhold med lavere utdanningsnivå og høyere vekt blant samer sier overlege og forsker Ann Ragnhild Broderstad til NRK (Tallaksrud, 2016). I de tradisjonelle samiske miljøene begynte utdanningsfrekvensen å stige først på 80-90-tallet. Om genetiske forhold spiller inn, er ukjent.

Igjen: All kultur endrer seg, også den samiske. De kulturtrekkene som jeg har skissert tidligere, er nødvendigvis ikke gjeldende for den enkelte samiske pasient, men mer generelle trekk som oppfattes som typiske. Blix & Hamran (2015) poengterer i sitt temahefte om helse- og omsorgstjenester til samiske eldre at også helsepersonell og institusjoner har sine kulturer som påvirker møtet med samene, og at det er vel så viktig å være bevisst på vår påvirkning. De trekker fram Keddells begrep *informerte ikke-vitere*. Begrepet innebærer at man har kunnskap om historiske, kulturelle og sosiale forhold som kan ha betydning for den enkeltes helse og møte med helsevesenet, men at man samtidig erkjenner at man ikke vet hvordan disse forholdene påvirker den enkelte pasient (Blix & Hamran, 2015).

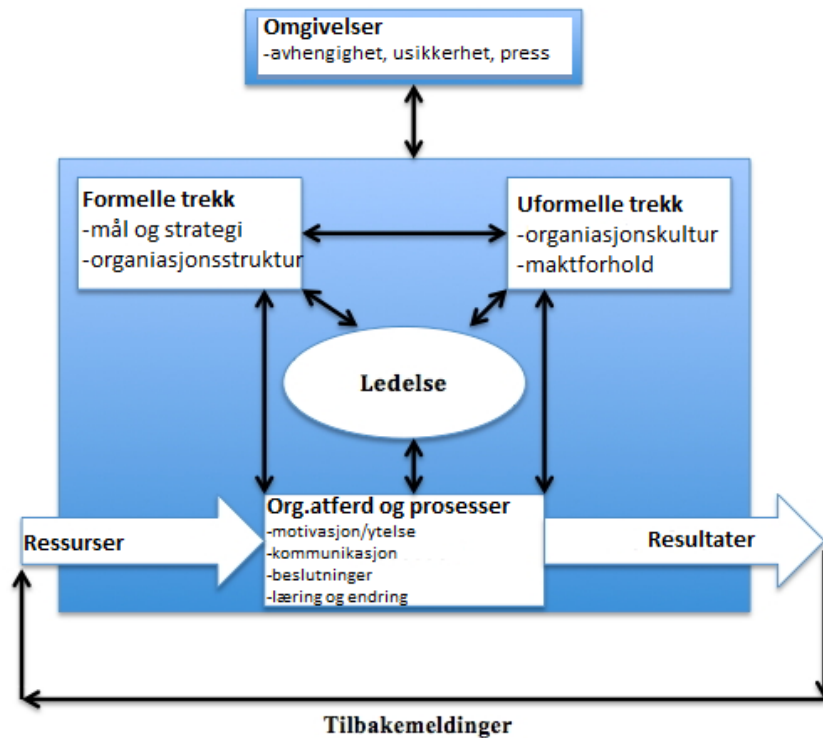
Det har også vært en tendens til å sette likhetstegn mellom språk- og kulturkompetanse. Helsevesenet påvirkes også til å være fornøyd bare det tilbys tolk. Sjøl om språk er en viktig del av kulturen, utgjør det bare ett element. Mennesker som har mistet sitt språk, kan ha en sterk kulturell forankring, og andre som har gode språkkunnskaper, kan ha distanse til egen kultur (NOU 1995:6, s. 391).

Med den bakgrunnen jeg nå har lagt fram, konkluderer jeg med at likeverdighet og kultur favner mer enn bare språk, og at kunnskap om dette er både nødvendig og lovpålagt. Videre skal jeg nå gå mer inn på det teoretiske rammeverket som kan hjelpe oss å forstå hvordan denne kunnskapen kan bre seg i en kompleks organisasjon som UNN.

2.2 Organisasjonsteori

2.2.1 Hvordan organisasjoner fungerer – en modell

Ifølge Jacobsen og Thorsviks (2013) organisasjonsmodell er det flere momenter som påvirker det som kommer inn i systemet utenfra (*input*), og det som går ut av organisasjonen som resultat (*output*):



Figur 1: Organisasjonsmodell (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Et sykehus er en svært kompleks organisasjon. Den består både av mange ulike fagfelt, profesjoner og ikke minst autonome ansatte, og den yter kunnskapsintensive tjenester som forutsetter innsikt i svært sammensatte delteknologier og i omfattende fagkunnskap. Det krever derfor kunnskap om både klinikken og ledelse for å administrere pasientflyten gjennom dette komplekset (Pettesen, Magnussen, Nyland & Bjørnenak, 2008). Ouchi (1979) beskriver hvilke styringsmekanismer som fungerer i ulike organisasjoner. Styremåte avhenger av om resultatet er målbart, og av hvor god kunnskap man har om hvorfor resultatene oppstår. Kausalkunnskapen (kjennskapen til transformasjonsprosessen) viser til sammenhengen mellom ressursinnsats og resultat. Der hvor kausalkunnskapen er dårlig og resultatmålet uklart, er rituell- eller profesjonsstyring best egna. Man styrer da på bakgrunn av verdier og normer, noe som kan synes fornuftig når organisasjonen skal prosessere noe så diffust visjonspreget som bestilling om økt samisk kulturforståelse. For å komme nærmere hvordan

organisasjonen fungerer i denne settinga, vil jeg legge frem tre organisasjonsteoretiske perspektiver på ledelse og organisasjonsprosesser. Hensikten med dette er på best mulig måte å utfylle og forklare organisasjonsmodellen nevnt over.

2.2.2 Et instrumentelt perspektiv

Det første perspektivet, det instrumentelle, springer ut fra modernistisk organisasjonsforståelse hvor organisasjoner forstås som objektive enheter. Når de styres og ledes rasjonelt og planmessig, er de effektive redskaper for måloppnåelse (Blindheim & Røvik, 2011). Modernismen i organisasjonsteorien kan beskrives med tre sentrale fellesnevner: for det første en tro på utvikling og framskritt, for det andre en tro på organisering og reorganisering og for det tredje en tydelig vitenskaps- og kunnskapsoptimisme. Et sentralt element er ideen om at den formelle organisasjonsstrukturen i stor grad påvirker ansatte i hvordan deres atferd i organisasjonen arter seg. Dermed legges stor vekt på de formelle trekkene i organisasjonsmodellen over. Med andre ord innebærer dette perspektivet en sterk tro på at mål og strategier og en stram struktur kan påvirke organisasjonsatferden til å gi et mest mulig effektivt resultat.

2.2.3 Et institusjonelt perspektiv: organisasjonskultur og læring

Det institusjonelle perspektivet vektlegger den betydninga tradisjoner og uformelle strukturer, normer og verdier har på organisasjonsutforminga. Philip Selznick, med sine kjente publikasjoner fra 1948 og 1957, regnes av mange som grunnleggeren av institusjonell teori. Denne teorien bygger på et kulturelt perspektiv på ledelse og organisasjonsatferd og har sitt opphav i en sosialkonstruktivistisk organisasjonsforståelse (Blindheim & Røvik, 2011). Organisasjoner oppfattes som institusjoner og antar en egenverdi og formål utover det rent instrumentelle; de blir verdibaserte fordi normer og verdier i omgivelsene påvirker dem. Modernismen skiller mellom fakta og etikk, og troen på effektiv produksjon av varer og tjenester forlates til fordel for framhevinga av organisasjonens samfunnsrolle og verdisyn (Blindheim & Røvik, 2011). Sett ut fra organisasjonsmodellen over vil man med basis i dette perspektivet ha tro på at organisasjonskultur og omgivelsene påvirker organisasjonsatferden til å gi et mest mulig effektivt resultat. Jeg vil videre se på organisasjonskultur og læring, som på mange måter hører til den institusjonelle settinga.

Organisasjonskultur kan ifølge Høst (2014) defineres som de felles verdiene, normene og virkelighetsoppfatningene medlemmene av en organisasjon har. Han refererer videre til hvordan tidligere MIT-professor Edgar Schein beskriver tre ulike kulturnivåer. Det første nivået er kulturgjenstander og det skapte, som ofte er synlig, men ikke tydelig. På nivå to finner en verdier som er med på å styre den daglige aktiviteten. Hva er verdifullt for de ansatte? Her er det ikke de synlige verdiene som er viktigst, men mer hvordan personell snakker og handler. Nivået omfatter ikke bare en beskrivelse av hvordan samtale- og samhandlingskompetansen er, men også av hvordan denne kompetansen bør være. På nivå tre finner vi de grunnleggende antakelsene som er fundamentet i kulturen. Dette er usynlige antakelser som styrer hva medlemmene i gruppa (automatisk) tenker og oppfatter, og hvordan de følelsesmessig forholder seg til hendelser. Henning Bang forenkler denne modellen noe ved å snakke om kulturuttrykk (tilsvarer det første og det andre nivået hos Schein) og kulturinnhold (Johannessen og Olaisen, 2007, s. 106-108). Schein mener altså på sin side at kulturen kan endres, mens Bang på den andre sida betrakter det som vanskelig å endre organisasjoner som kulturelle systemer.

For å endre og konsolidere en ny kultur er læring essensielt. Læring er en prosess der mennesker og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap, og dermed endrer atferd (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Det er sammenheng mellom individuell og organisatorisk læring. En læringsprosess starter med at individet lærer og sprer det videre, noe som igjen medfører kollektiv læring. Hvorfor man lærer, er utgangspunkt for læringsteorien til Chris Argyris (referert i Jacobsen & Thorsvik, 2013) som definerer læring som to kretsløp. I *enkeltkretslæring* (hvordan-læring) lærer man hvordan ting kan gjøres bedre for å endre atferd, men verdiene tas for gitt. I *dobbeltkretslæring* (hvorfor-læring) stiller man spørsmål om hvorfor man skal lære dette. Begge kretsene vil endre atferd, men i dobbeltkretslæringa vil man konstant vurdere de målene og verdiene man setter seg. Man vil dermed lettere kunne påvirke endring av organisasjonskulturen nevnt over i dette kretsløpet.

Taus kunnskap er erfaringer om hva som fungerer, men som er vanskelig å verbalisere. Denne kunnskapen er vanligvis skjult både for den som besitter den og andre. Denne kunnskapstypen representerer en motsetning til den eksplisitte kunnskapen, som preger diskusjonen i organisasjonen. Mange mener at den viktigste forutsetninga for å skape lærende

organisasjoner, er å verbalisere den tause kunnskapen slik at flest mulig kan lære mer. Dette kan vises med fire former for læring som preger organisasjonen (Nonaka, referert i Jacobsen & Thorsvik, 2013): sosialisering — fra taus til taus kunnskap, eksternalisering — fra taus til eksplisitt kunnskap, kombinerings — fra eksplisitt til eksplisitt kunnskap, og til slutt internalisering — fra eksplisitt til taus kunnskap.

2.2.4 Et ny-institusjonelt (pragmatisk) perspektiv

Dette perspektivet legger til grunn at det er ikke nok at organisasjoner er effektive; de må også ha legitimitet i omgivelsene. Disse tankene er utviklet av Parsons (1956) og Meyer og Rowan (1977) som vektlegger at organisasjoner må leve opp til vestlige modernitetsnormer, som blant annet kontinuerlig framskritt, fornyelse, rasjonalitet og ansvarstaking (Blindheim & Røvik, 2011). Dette kan komme til uttrykk i mål og strategier, hvilke ideologier som bør gjennomføre virksomheten og på hvilke felt i samfunnet de til enhver tid bør være engasjert. Av dette kan man konstatere at alle organisasjoner er avhengige av oppslutning og legitimitet i omgivelsene for å overleve (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Dermed vil institusjonelle omgivelser, nemlig verdier, normer og forventninger i samfunnet, være med på å forme hvordan omgivelsene oppfatter organisasjonens omdømme. Sykehus kan ikke handle på tvers av den eksterne kulturen; de må ta hensyn og justere kursen slik at omdømmet er godt.

En strategi for å håndtere de institusjonelle omgivelsene er *dekopling* (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Organisasjonen gir da inntrykk av at den har tilpassa seg krav og forventninger fra omgivelsene, men gjør i praksis noe annet. Dette kan skje fordi legitimitet i omgivelsene oftest er basert på hvordan man blir oppfatta (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Oftest vil man da ta i bruk symboler og artefakter eller utforme strategier i et vagt teppe av ordgyteri. På den måten kan organisasjonen leve med til dels motstridende organisasjonsoppskrifter og inkorporere strategier som tilsynelatende ikke kan forenes. Det er omdiskutert om dette er en bevisst strategi eller snarere automatiserte holdninger i organisasjonen. Meyer og Rowan (1977, referert i Røvik, 1998) hevder at organisasjoner med overlegg dekopler for å unngå konflikter og skade omdømme. Brunsson (1989, referert i Røvik, 1998) omtaler dekopling som *organisatorisk hykleri*. Ifølge Jacobsen & Thorsvik (2013) derimot er det mest sannsynlig at dekopling ikke er en bevisst gjerning i toppledelsen, men at den finner sted på lavere nivå ved at mellomledere og ansatte ikke tar i bruk nye standarder og systemer, men

sier at de gjør det for å holde reglene. Man adopterer altså ideene på toppen og i "praten", men uten at det trykkes særlig hardt for å implementere dem blant de ansatte på gulvet.

De tre ulike organisasjonsteoretiske perspektivene jeg nå har presentert, står nødvendigvis ikke som motsetninger i en organisasjonsprosess. Det å skulle påvirke organisasjonsatferden krever det ny-institusjonelle perspektivet for å gi legitimitet ved å tilfredsstille omgivelsene og forholde seg aktivt til det politiske miljøet. Det institusjonelle perspektivet peker på verdier og normer og samfunnsansvar, mens det instrumentelle perspektivet kan si noe om formelle mål og strukturer (Blindheim & Røvik, 2011). I sum gir dette en forståelse om hvorfor organisasjoner fungerer eller ikke fungerer og brukes som hjelp for endringer som behøves for å gjennomføre styringskravet.

2.2.5 Oversetting av tvetydige styringskrav

For å kunne tilfredsstille institusjonelle omgivelser, endre organisasjonskulturen og bedrive profesjonsstyring er lederens egenskaper essensielle. I et tilfelle med en noe diffus bestilling inn i organisasjonen, må lederen ha translatørkompetanse for å oversette bestillinga til eksplisitt kunnskap for sine ansatte slik at læring og endring kan starte. Denne kontekstualiseringa må til for å omskape en idé til handling. Den hierarkiske oversettelseskjeden bygger blant anna på en topp-ned-orientering, problembetinga søking etter løsninger, begrenset frihet til oversettelse og endring fra det abstrakte til det konkrete (Røvik, 2007). I et institusjonelt perspektiv er løsninga mer ned-opp og basert på lederens og de ansattes kreative evner basert på verdiene i organisasjonen. Røvik bruker begrepet *organisasjonsoppskrifter* om organisasjonsformer som spres, gjerne generelle modeller som foreligger i skriftlig form, og som kan tas i bruk av nye virksomheter. Alle ideér eller vedtak som overføres til en ny organisasjon blir mer eller mindre bevisst utsatt for oversettelse (Røvik, 2007). Oversetteren er derfor avgjørende for utfallet. Vanligvis benyttes denne tankegangen om organisasjonstrekk, men kan også overføres til en konkret bestilling som jeg omtaler i denne oppgaven. I denne studiens kontekst skal lederen oversette bestillinga om å øke samisk kulturforståelse. Vi har tidligere sett at taus kunnskap om dette kan eksistere slik at lederen derfor må opptre som språksetter. Skal vedtaket begripes, må begrepene først på plass. Dette er en utfordring som kaller på oversetterens mot og kreative evner (Røvik, 2007).

3.0 Metode

3.1 Kvalitativ metode

"Det er i dialogen mellom ulike parter at mening blir skapt, at kunnskap blir utviklet og at læring skjer," hevda den russiske kulturfilosofen Mikhail Mikhajlovitsj Bakhtin (1895–1975) (Dybvig, Ingebrigtsen, Jakobsen & Nystad, 2013, s.186). Han mente at kulturer stivner og dør uten dialog med andre, og at det er viktig å utvikle språklig variasjon og mangfold. I denne studien følger det naturlig at samtalen er utgangspunktet for utvikling av kunnskap om hvordan avdelingsledere og UNN forholder seg til kulturelt mangfold. For å få frem hvordan ledere i UNN oppfatter bestillinga om samisk kulturforståelse, har jeg valgt en samfunnsvitenskapelig kvalitativ metode, som på en god måte avdekker hvordan den sosiale virkeligheta er (Johannessen, Chirstoffersen & Tuft, 2011). Kvalitativt orienterte metoder fokuserer mindre på årsakssammenhenger og ser mer på hvordan mennesker ser på verden. Man velger ut et mindre antall enheter å forske på, for på den måten gå dypere inn i konteksten og avdekke mønstre i forståelsen til dem man undersøker. Det dreier seg om å samle inn, analysere og tolke data, og en slik empirisk forskning kjennetegnes av systematikk, grundighet og åpenhet (Johannessen et al, 2011).

3.2 Datainnsamling

3.2.1 Dokumentanalyse

Jeg har foretatt en gjennomgang av sentrale dokument for å avdekke om og hvordan man omtaler det samiske og i hvilken grad bestillinga fra Helse- og omsorgsdepartementet oversettes og konkretiseres nedover i systemet. Det viktigste utgangspunktet er oppdragsdokumentet som årlig definerer hva oppdragsgiver vil at skal gjøres. Jeg har sett på dette dokumentet både fra departementet til Helse Nord sentralt og videre fra Helse Nord til UNN. Det har vært viktig å inkludere versjoner av dokumentet fra både før og etter 2012, som var året planen endra karakter fra å være omfattende til å bli mer konkret. Videre har jeg undersøkt UNNs visjoner og sentrale strategier for årene som kommer, men også planene for undervisning og forskning som er viktig for å avdekke om man er opptatt av å lære opp ansatte i samisk kulturforståelse. Nærmere bestemt har jeg studert følgende dokumenter og strategier:

- Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Nord i 2010, 2011, 2015 og 2016.
- Oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF til foretakene i 2010, 2011, 2015 og 2016.

- Regional kreftplan for Helse Nord 2014–2015.
- UNNs overordna strategi og visjoner
- Strategisk utviklingsplan 2015–2025 for UNN HF
- Strategi for undervisning og læring for UNN 2015–2020
- Forskningsstrategi for UNN 2013–2017
- Dialogavtalen for UNN 2016

3.2.2 Intervju

Hovedtyngden av empirien er samla inn gjennom fem kvalitative intervju. Hensikten er å få fram beskrivelser av informantenes hverdagsverden for å kunne tolke dette i lys av teori og de fenomener som beskrives (Johannessen et al, 2011). Min problemstilling undersøkes best ved dialog, der informantene får uttrykke seg refleksivt. Den hadde ikke på samme måte kunnet blitt utforska og besvart ved bruk av en spørreskjemaundersøkelse; det er dialogen mellom informant og intervjuer som gradvis avdekker erfaringer og oppfatninger. Intervjuene er semistrukturerte. Jeg hadde i forkant av datainnsamlinga utforma en intervjuguide (vedlegg 3) basert på teoretisk rammeverk og problemstilling, men rekkefølgen på spørsmålene varierte fra intervju til intervju siden den var basert på den kontekstavhengige og unike strukturen for hver dialog.

Informantene er avdelingsledere på Tromsø-baserte UNN. Dette ledersjiktet er valgt ut fordi de har nær nok kontakt med grunnplanet samtidig som jeg antok at de hadde kunnskap om oppdragsdokumentet. Informantgruppa består av tre kvinner og to menn, og alle har bakgrunn som enten leger eller sykepleiere. Avdelingene de leder har omfattende klinisk virksomhet. Lederne er rekruttert til studien fordi de også har ansvar for pasienter fra kommuner med samisk språklov (hvis utbredelse brukes som et slags surrogatmål på samer siden etnisitet ikke er lov å registrere).

Informantene ble forespurt om å delta per epost. Totalt syv ble kontakta, fem takka ja og to ønska ikke delta eller svarte ikke. Før intervjuet fikk de skriftlig informasjon og underskrev samtykkeskjema (vedlegg 2). Alle lederne ble intervjuet på sine kontor. Samla utgjør intervjumaterialet om lag 3 timer opptak. Mer detaljert informasjon er samla i tabellen under:

Informant	A	B	C	D	E
Dato	04.04.16	04.04.16	05.04.16	11.04.16	13.04.16
Varighet minutter	33	36	35	31	38

3.3 Reliabilitet og validitet

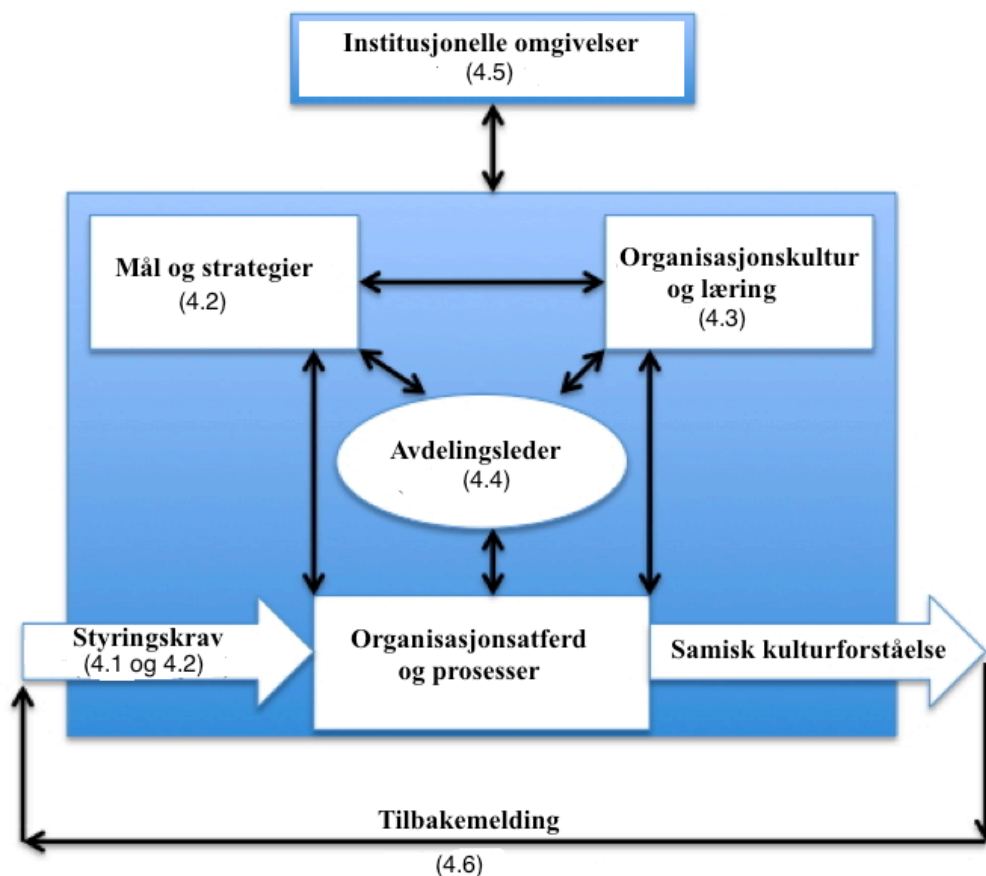
Om dataene er pålitelige, er et grunnleggende spørsmål i all forskning, og begrepet *reliabilitet* sier noe om nøyaktigheten av undersøkelsen (Johannessen et al, 2011). Reliabiliteten uttrykker hvorvidt det er den virkelige situasjonen som er beskrevet. Informantene ble informert på forhånd om at de er sikret anonymitet. I intervjusituasjonen virka det ikke som om de holdt tilbake synspunkter, og samtalene bar preg av refleksjon som intervjuguiden var ment å gi rom for. Med egen bakgrunn fra samme sykehus har jeg ingen holdepunkter for at svarene ikke beskriver virkeligheta.

Hvor godt dataene representerer virkeligheta eller fenomenet som studeres, er et anna sentralt spørsmål. Man bruker da begrepet *validitet* eller gyldighet (Johannessen et al., 2011). I hvilken grad er mine resultater gyldige, og har det overføringsverdi til andre situasjoner? Intervjuguiden er utforma på basis av teori, og svarene jeg har fått både fra informanter og fra dokumentanalysen, tolkes i lys av teoriene jeg har anvendt. Svarene er kategorisert etter teori, og jeg har nøye vurdert hva som kan tolkes ut av informantenes utsagn. Jeg har fulgt Kirsti Malteruds fenomenologiske analysemodell som trinn for trinn beskriver analysearbeidet: 1. Helhetsinntrykk og sammenfatninga av meningsinnhold, 2. koder, kategorier og begreper, 3. kondensering og 4. sammenfatning (Johannessen et al., 2011). Ut fra disse trinnene ser det ut som jeg måler det jeg ønsker å måle. Overføringsverdien ligger i at resultatene også kan anvendes for å forstå andre prosesser der såkalte vage krav og mål innføres i en organisasjon.

Ifølge Johannessen et al. (2011) krever det å gjøre kvalitative undersøkelser kunst og teft samt god teknikk og systematikk. Som fersk kvalitativ forsker vet jeg ikke om jeg imøtekommer alle disse kravene tilstrekkelig. Man kan òg spørre seg om min objektivitet har vært god nok i fortolkninga, ikke minst med hensyn til min bakgrunn som fornorska same. Samtidig gir "inngrupperspektivet" styrke til studien, både ved at jeg kjenner konteksten til det jeg studerer, men også ved at jeg som lege kjenner sykehuset og helsevesenets natur fra innsida.

4.0 Empiri

Jeg vil først lansere en organisasjonsmodell basert på Thorsvik & Jacobsen (2013; figur 1 i teorikapitlet) som hjelp til å strukturere empirien (figur 2). Modellen representerer en analyse av prosessen der Helse Nord RHF gjennom oppdragsdokumentet sender en bestilling til organisasjonen UNN om likeverdige helsetjenester for samene, som blant annet spesifiseres i behovet for økt kulturforståelse blant de ansatte. UNN skal altså "produsere" økt kulturforståelse, og det blir dermed stående i modellen som resultat. Videre skal jeg ta for meg hvert enkelt moment som ifølge modellen påvirker hvordan organisasjonen fungerer. Disse momentene er navngitt i ulike bokser i figuren, og hver enkelt av dem har en referanse til hvor i kapitlet jeg behandler empirien som belyser akkurat det temaet. Sammen skal dette vise hvordan organisasjonsatferden i UNN fungerer sett fra avdelingsledersens ståsted.



Figur 2: Organisasjonsmodell som forklarer hvordan UNN fungerer i møtet med styringskravet om økt samisk kulturforståelse. I hver boks er det angitt hvilket delkapittel som omhandler dette temaet.

Som nevnt i metodekapittelet, er empirien todelt. De formelle trekkene, her definert som mål og strategier, belyses gjennom en litteraturgjennomgang av sentrale styringsdokumenter, mens de andre momentene i modellen best analyseres med bakgrunn i intervjuene med de fem avdelingslederne. Jeg starter med hvordan styringskravet blir fanga opp av avdelingslederne (kapittel 4.1) før jeg ser på hvordan formelle trekk (4.2), organisasjonskultur og organisasjonslæring (4.3), ledelse (4.4) og ikke minst omgivelsene (4.5) påvirker prosessen til bestillinga gjennom organisasjonen.

4.1 Kjennskap til styringskravet

Vedtaket fra Helse Nord formuleres i det årlige oppdragsdokumentet til helseforetakene. Ingen av avdelingslederne jeg har intervjuet, kjenner til hva som er bestillinga angående samiske pasienter. Dette utsagnet er på sett og vis betegnende: "Jeg må innrømme at jeg ikke er helt stødig på hva der ordrett står der, nei» (Informant C).

Allerede her ser vi at selve bestillinga, eller input, ikke når direkte fram til avdelingslederne. Forstått innafor organisasjonsmodellen, brytes prosessen allerede før bestillinga får bryne seg på selve organisasjonskretsløpet. Det skal bemerkes at jeg kun har data fra avdelingsledernivået isolert sett, og ikke fra ledelsesnivået over i UNN-systemet, men beskjeden om å jobbe med samisk kulturforståelse har uansett enten ikke gått nedover i systemet eller ikke blitt fanga opp der. Dermed skulle man tro at prosessen kortsluttes og studien bare kan avsluttes, men som vi ser av organisasjonsmodellen, er det flere faktorer som påvirker organisasjonsatferden. Jeg går derfor videre i modellen og ser på hvilke formelle trekk som kan hjelpe lederne til å fange opp styringskravet.

4.2 Mål og strategier

Helse- og omsorgsdepartementet kommer med et årlig oppdragsdokument til helseforetakene som gir hovedretninger for den jobben foretakene skal utføre. I dokumentet for 2016 står det følgende om samiske temaer i oppdraget til Helse Nord:

Samiske pasienters rett og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas. Helse Nord RHF skal ivareta strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen.

Helse Nord RHF skal finansiere videreføring av samisk tolkeprosjekt innenfor basisbevilgningen og innenfor plan for oppbygging av prosjektrapport av 13.4.2013.

Helse Nord RHF skal sikre at tilbudet til samiske voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep er tilrettelagt samisk språk og kultur. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 2,4 og 9)

Dette styringskravet videreføres fra Helse Nord til egne helseforetak i deres årlige oppdragsdokument. I hovedinnledningen for 2016 står det:

Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres ved diagnostikk og behandling. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt samt god og likeverdig kommunikasjon. Det skal brukes kvalifiserte tolker ved behov. (Helse Nord, 2016a, s. 5)

Klar, men samtidig generell tale. Tidligere var faktisk bestillinga i større grad konkretisert i form av mer spesifiserte – og på den måten operasjonaliserte – krav. Dokumentet ble imidlertid oppfatta som for detaljert slik at man i 2012 skrev et kortere dokument gjeldende for alle sykehusene. Her presiseres det samtidig at tidligere stilte krav fortsatt gjelder, selv om de ikke gjentas i årets oppdrag (Knudsen & Skjelvik, 2012, s. 33). Jeg har derfor gått tilbake til oppdragsdokumentet for 2010, som da spesifikt var retta mot UNN. Her leser vi at UNN skal øke andel samisktalende personell, tilby språkkurs, synliggjøre at virksomheta har en flerkulturell befolkning, initiere og legge til rette for forskning retta mot likeverdige tjenester til den samiske befolkninga, styrke forskning på samisk helse og samarbeide med Samisk Nasjonalt Kompetansesenter (SANKS) i utvikling av gode spesialisttilbud (behandling, undervisning, forskning) til den samiske befolkninga (Helse Nord, 2010).

UNN får altså krav fra oppdragsdokumentet, men også fra fagplaner som regional kreftplan er et eksempel på. Planen er utarbeida i regi av Helse Nord RHF og er gjeldende strategi for kreftomsorgen. Den er bindende også for UNN HF. Her er man tydelig på at "helsepersonellet må ha kultur- og språkkompetanse for bedre å dekke den samiske befolkningens behov" (Helse Nord, 2013, s. 12). I planen skrives det videre (s. 12):

Vi har flere minoriteter. Samene utgjør den største. Det er en utfordring å sikre kompetanse i samisk språk og kultur hos helse- og sosialpersonell for å unngå at

samiske pasienter opplever manglende forståelse. Kompetanse på språk og kultur, spesielt knyttet til den samiske befolkningen må styrkes.

Hvordan har så UNN tatt dette inn i sine mål og strategier? Hovedessensen i hvilke krav UNN skal innfri, finnes i den overordna strategien som definerer visjon, mål og verdier. Visjonen er: *Det er resultatene for pasientene som teller. Vi gir den beste behandling* (unn.no, 2016). Videre er fire overordna mål formulert, hvorav det ene er at UNN skal være det norske universitetssykehuset for nordområdene. Her er blant anna videreutvikling av helse- og solidaritetsarbeid med Nordvest-Russland nevnt spesielt, men noe om det samiske er det ikke funnet plass til (UNN HF, 2013, s. 4).

Den overordna strategien forklares mer detaljert i strategisk utviklingsplan hvor det over 13 sider redegjøres for de utfordringene og mulighetene UNN står overfor. Her beskrives de viktigste strategiske hovedretningene og utviklingsområdene som skal prioriteres. I denne planen står det to punkter som angår samiske pasienter:

Helseforetaket har et særlig ansvar for likeverdige tilbud til den samiske befolkningen.

UNN skal vektlegge pasientopplevd kvalitet like mye som medisinsk resultat-kvalitet. God kommunikasjon er en forutsetning for god pasientopplevd kvalitet. UNN har et særlig ansvar for å sikre at kommunikasjonen kan skje på samisk. Det skal utvikles systemer for å måle pasientenes og pårørendes erfaringer og resultatene skal brukes i videreutvikling av forbedringsarbeidet. (UNN HF, 2013, s. 3 og 9)

Oppdragsdokumentet bestiller økt forskningsinnsats innafor helsetjenestene til samene og økt kulturkompetanse hos de ansatte i UNN. I planene *Strategi for undervisning og læring 2015-2020* og i *Forskningsstrategi 2013-2017* er det således naturlig at dette fanges opp, men her er det ikke nevnt noe om det samiske, verken i tilknytning til forsknings- eller undervisningsstrategier. En organisasjon som lærer, er en forutsetning for endring. Kravene fra Helse Nord i oppdragsdokumentet er altså at man generelt skal øke kunnskapen i samisk kulturforståelse. Som nevnt over ser vi at kravene er mer spesifiserte i 2010-versjonen. Blant anna nevnes samarbeid med SANKS for utvikling av undervisning og forskning, og det blir også sagt at man skal initiere og legge til rette for forskning retta mot likeverdige tjenester. Det synes derfor noe underlig at UNN i sin langsiktige strategi for undervisning og forskning ikke nevner dette i det hele tatt.

Virksomhetsstyring ved hjelp av dialogavtaler er UNNs interne ledelses- og styringsverktøy hvor ambisjoner og overordna strategier er oversatt til konkrete mål, tiltak, indikatorer og ansvarlige. Det skal komme fram hvordan oppdrag i oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF skal gjennomføres. På mange måter er dette en fortolkning av oppdragsdokumentet til konkrete arbeidsoppgaver. Hver enhet, avdeling og klinikk har sin egen dialogavtale, som skal være utforma i samarbeid mellom ledelsen og de ansatte. Ved gjennomgang av dialogavtalen for 2016 for alle klinikkene, finner jeg at kun Medisinsk klinikk har konkretisert bestillinga om det samiske fra Helse Nord. Under punktet "Oppdragsdokument 2015" skriver de: "Ivareta samisk språk og kulturforståelse innen geriatri og rehabilitering", samme frase som allerede er nedfelt i dokumentet på direktoratsnivå. Som merknad til at klinikken er i gang med å arbeide med dette, står det anført at de har ansatt en samisktalende lege på geriatriisk seksjon.

Det er altså lite å finne i UNNs mål og strategier om det samiske, men det står anført at UNN har et særlig ansvar for likeverdig tilbud til den samiske befolkninga. Det defineres ikke nærmere hva "likeverdig" betyr, men man skriver at god kommunikasjon er viktig, og særlig at den skal kunne skje på samisk. Videre er man her opptatt av evaluering, og det er vedtatt at det skal utvikles systemer for å måle pasienters og pårørendes erfaringer slik at man kan endre praksis dersom den ikke fungerer godt nok. Som jeg leser det, gjelder dette også vedtaket om likeverdighet for samiske pasienter.

4.3 Organisasjonskultur og læring

Organisasjonskultur endres og påvirkes langt på vei gjennom symboler. UNN har fra det nye sykehuset åpna i 1991 hatt tospråklig skilting på samisk og norsk. Som en slående kontrast til mange harde debatter om tilsvarende skilting ellers i Nord-Norge, var det ingen diskusjon, tross at det kosta penger, og at man måtte arbeide fram relevant samisk terminologi. UNNs sannsynligvis mest profilerte ansatte, Mads Gilbert, sier dette om prosessen: "Men det var jo en selvfølge at dette felleseie, denne velferdsstatens kronjuvel skulle i hvert fall være et signalbygg, at vi er i Sápmi, og det skal være likeverdighet" (i dokumentarfilmen *Tilbakeslaget*, sitert fra Johansen & Bull, 2012, s. 25). Skiltinga er et synlig artefakt som tydeliggjør at sykehuset også er for samene. En av informantene mine trekker fram at navnene

har vært oppfatta som kunstige av enkelte samiskspråklige. Gitt at ny samisk terminologi ligger til grunn, kan "kunstig" her rett og slett være synonymt med "lite innarbeida" i målgruppa. Bortsett fra dette er alle informantene positive til skiltinga. Dette er noe de ønsker på UNN. Samtidig påpeker én av dem at forholdet mellom sterk symbolbruk og praktisk handling i alle fall tidvis kjennetegnes av avstand:

Symboltunge ting som at alt er navngitt på begge språk er et sterkt symbol. Det at UNN for lenge siden gjorde det, er et viktig symbol på at man vil noe. Samtidig som det er en viss diskrepans i forhold til hva man gjennomfører i møtet med den enkelte pasient. (Informant B)

Det er taus kunnskap i sykehuset om det samiske. En av informantene sier at "den samiske kulturen ligger underforstått i folk fra nord". Flere er opptatt av at samisktalende personell er et gode, blant anna fordi deres kulturelle og språklige praksiser i seg selv skaper grobunn for en bedre forståelse for samiske pasienters behov blant de andre ansatte.

Vi har en samisk sykepleier. Det synes jeg er kjempeviktig. Har du spurt ho, ville ho nok sagt at ho har et stort fokus på samiske pasienter og forståelse. Jeg tror at en viktig måte å møte oppdragsdokumentet fra Helse Nord er å ha samiske ansatte. Som både kan lære oss andre, men også være der direkte for de samiske pasientene. (Informant A)

På sett og vis kan altså eksemplets makt påvirke de usynlige antakelsene som styrer hva de andre medlemmene i ansattegruppa (automatisk) tenker og oppfatter, og hvordan de følelsesmessig forholder seg til samisk kultur. Svært mange helsearbeidere fra Troms og Finnmark har samisk bakgrunn. Mange har dermed kulturforståelsen inne som internalisert kunnskap, og noen kan samisk i en eller annen grad. Det kan derfor være mye å hente på å mobilisere interne ressurser i dette arbeidet.

Avdelingslederne har ikke vært opptatt av å sette det samiske på agendaen i undervisning eller andre former for læring på avdelingene. En av dem er opptatt av å endre sjølve organisasjonskulturen ved ytterligere å endre artefaktene og bruke symboler i læringa:

Kulturavdelinga må stille opp. Det bør fokuseres på samisk kunst, debatter om kultur og et vedvarende fokus over lang tid. Man må vise fram den samiske kulturen i hverdagen. (Informant E)

Dersom man skulle lære opp ansatte i kulturkunnskap, er informantene tydelige på at det er noe som bør skje på flere måter og over tid. Tre av informantene gir uttrykk for at e-kurs vil være fånyttet. Det beste vil være å lære av hverandre og i stor grad satse på dobbeltkretslæring ved stadig å spørre seg hvorfor dette er nyttig, og ikke bare gjøre det fordi Helse Nord krever det. Én foreslår at tidligere pasienter kan bidra:

Hvordan skal man få inn erfaringskunnskap inn i virksomheten? Ansette erfaringskonsulenter, altså tidligere pasienter. For å være vaktbikkje for oss. Folk liker å bli lært på den måten, bli undervist med bakgrunn i historier/erfaringer. Det er en god måte å lære på: hvordan var det å være pasient her. Å bli undervist av de som har erfaringer er ofte veldig nyttig. (Informant B)

Helsepersonell har gjennom sin profesjons sosialisering blitt oppfostra i etikk i møte med den enkelte pasient. Vi skal se våre pasienter ikke bare som diagnoser, men hele mennesker som hver og én med sin unike bagasje må møtes på ulikt vis. Et par av informantene sier at nettopp derfor er ikke økt kunnskap om akkurat samisk kulturforståelse tvingende nødvendig, men at helsepersonell har dette behovet dekket i sin profesjonsforståelse hvor nærhetsetikken er rådende. Følgende perspektiv er utvilsomt i den lögstrupske ånd:

Det å være doktor handler om å se hele mennesket. Der går jo alt dette med kultur inn også. Tenker vel at det ikke er noen grunn til å ta spesielt hensyn til det samiske. Jeg tenker at det samiske er viktig å ta hensyn til på samme måte som det finske, kvenske og læstadianske. Vel kan man si at vi har jo den samiske minoriteten her, men vi har jo etter hvert mange minoriteter. Det viktigste er å ta høyde for at vi er forskjellige og prøve å tilpasse oss de forskjellige kulturene og bakgrunnene. (Informant D)

Inntrykket er ikke at lederne er imot det å kunne mer om det samiske, men de framhever at man skal behandle alle pasienter likeverdig. Samtidig åpner de for at dette er noe de ikke kan nok om, eller ikke ser:

Jeg tror ikke en same er en same og en harstadværing en harstadværing. Jeg tror du må møte dem som enkeltpersoner uansett hvilken bakgrunn dem har. Så ligger det kanskje noe i den samiske kulturen likevel som gjør at man tilnærmer seg annerledes med spørsmål og forventninger til forutsetninger og spørsmål dem har. (Informant C)

4.4 Ledelse

Ifølge organisasjonsmodellen vil lederen påvirke og påvirkes av alle de andre forholdene i organisasjonen. Lederen vil derfor ha en avgjørende rolle i hva som skjer i organisasjonen og dermed betydning for hvilket resultat bestillinga ender opp med. Jeg har så langt blant anna

vist at avdelingslederne ikke kjenner spesifikt til bestillinga fra Helse Nord, og at heller ikke de formelle trekkene i UNN hjelper dem i stor grad, men derimot at de uformelle trekkene kan bidra til at lederen ser behovet. Hvordan ville så avdelingslederne ha arbeida med styringskravet?

4.4.1 Oversetterkompetanse som kritisk suksessfaktor

Translatørkompetansen er avgjørende i moderne organisasjoner. Organisasjonen er avhengig av å oversette både organisasjonsoppskrifter og vedtak slik at de kan tilpasses og gjennomføres. Lederen har et stort ansvar for at denne translasjonsprosessen lykkes. Hvordan man skal oversette, er nødvendigvis ingen enkel jobb å fastslå, noe denne lederen bekjenner:

Jeg synes det er viktig at Helse Nord gir oss et spesielt oppdrag om det samiske her i Nord-Norge. Men begrepet kultur synes jeg er kjempevanskelig. Når det gjelder det samiske, tror jeg ikke det er nedprioritert, vi vet bare ikke hvordan vi skal konkretisere det. Den konkretiseringa bør komme fra den samiske befolkninga som kjenner best hvor skoen trykker. (Informant A)

At samisk kulturforståelse er utfordrende å definere for lederne, dreier seg om *konkretisering*. Denne første formen for oversettelse betyr å bringe en oppskrift fra sin generelle form og over til en mer konkret, virksomhetstilpassa form (Røvik, 1998). Et par av informantene nevnte dessuten at Finnmarkssykehusene kanskje kunne mer om samisk i helsesektoren enn UNN, som eventuelt kunne få hjelp derfra. Dette er den andre formen for oversettelse og benevnes som *delvis imitering* (Røvik, 1998). Da henter man inn enkeltvis deler av organisasjonsoppskriften som andre har tolka (vellykka). Ofte ser man en kombinasjon av begge oversettelsesformene.

4.4.2 Hvordan oversetter avdelingslederne?

En viktig forutsetning er at lederne anerkjenner et behov for å gjennomføre bestillinga fra Helse Nord. Alle informantene uttrykker tydelig at språkkompetanse er en forutsetning for god pasientbehandling. Flere likestiller det å ivareta kulturkunnskap med det å tilby tolk til de som har behov for det.

Jeg har inntrykk av at kofta er lagt igjen med det også at norsken er blitt bedre. Før var det jo en del eldre som ikke kunne norsk. Den generasjonen er etter hvert på veg ut, men de som har overtatt, kan norsk. (Informant D)

Behovet for tolketjenester omtales altså som mindre nå enn før. Språk oppfattes som essensielt i møtet med pasientene. "For å nå inn til folk er språket en god måte å starte på," sier en av dem (Informant C), og en annen tar opp behovet for å snakke på eget morsmål eller "hertespråk":

Tidligere hadde vi samiske og kvenske pasienter som ikke kunne norsk. De svarer ja sjøl om de ikke forstår fordi de synes det er flaut å ikke kunne norsk. Det er fordi de er oppdratt i den tradisjonen at dersom du ikke kan norsk, er du enten dum eller du skal iallfall ikke tilkjennegi at du ikke har lært deg norsk. (Informant A)

Det varierer fra avdeling til avdeling hvordan tolketilbudet organiseres. Noen ringer alle pasienter før innleggelse for å avklare spesielle behov, inkludert behov for tolk. En avdeling spurte spesifikt alle pasienter fra indre Finnmark om de ville ha tolk, mens de fleste mente dette ble avklart ved behov, vanligvis ved at pasientene sjøl etterspør tjenesten. En av lederne var opptatt av at det ikke er sikkert at de klarer å fange opp de som tilsynelatende prater godt norsk, og som sjøl ikke etterspør hjelp:

Alle pasienter skal spørres når de blir tatt imot om de forstår hva vi sier, og om de har behov for tolk. Vi lever i et multikulturelt samfunn, og det er en god del av pasientene som trenger tolk. Men om vi er opptatt av behovet til de samiske pasientene, siden så mange av dem i forhold til tidligere snakker norsk, det skal jeg ikke si 100 % sikkert at det er godt nok. Jeg forutsetter av vi bruker tolketjenesten, det er opplest og vedatt at vi skal gjøre. (Informant A)

Hva som er godt nok språk, avhenger av hva som er tema og hvilken situasjon. Ved plager som ikke så lett lar seg begrepsfeste eller i traumatiske situasjoner, vil det ofte være større behov. Mange eldre bærer også med seg en historie med fornorskning og maktbruk fra majoritetssamfunnet som gjør at de ikke like lett ber om det. En av informantene var derfor opptatt av at man burde spørre alle eldre fra indre Finnmark og andre ved behov. Det er iallfall viktig å være klar over at det ikke er pasienten som trenger tolk; det er helsepersonellet som ikke behersker samisk, som har behovet (Blix & Hamran, 2015).

Jeg har tidligere vist at det er et behov for mer enn bare språktolk; at kulturen i seg sjøl trenger å tolkes for at helsepersonell som ikke har denne kunnskapen, skal forstå. Informantene er ikke uenige i at det kan foreligge et behov utover det språklige:

Kultur er så mye mer enn språk. Men i de travle hverdagene våre, er det ikke mye av kulturen til noen av pasientene vi får med oss. Så dermed blir kommunikasjon i kulturbegrepet det grunnleggende. Men jeg sier ikke at de får god nok hjelp bare ved at de kan språket. Når vi har folk med alvorlige sykdommer som ligger her over lengre tid, så vil de ha behov for en annen forståelse og tilnærming, men hva det skal være, det vet jeg ikke helt. (Informant A)

Sjøl om det er usikkerhet om hva kulturkunnskapen bør bestå av, avdekkes etter hvert momenter som informantene tolker som kulturforskjeller når vi snakker om erfaringer fra samiske pasientmøter. Det nevnes taushet eller ordknapphet, omtrentlig tidsforståelse, positiv holdning til lesing/healing og storfamiliens betydning. Sjølve det samiske helsebegrepet oppfatter man er noe annerledes uten at man nødvendigvis kan definere det nærmere. Dette har flere av lederne tatt hensyn til da de sjøl arbeida i klinisk virksomhet:

Man må forklare seg på en sånn måte at informasjon blir mottatt. Eldre samer har ofte med seg andre, barnebarn. Så sier jeg det sånn og sånn og så oversetter barnebarnet. De sier at de kan godt norsk, men det er ikke sikkert de forstår det på den måten du sier det på. (Informant D)

Det kommer klart frem at informantene i stor grad oversetter kultur som språk og ytre tegn, og at så lenge samene kommer kledd som "nordmenn" eller ikke trenger tolk, så er ikke behovet nødvendigvis til stede. Kultur kjennetegnes av endring, og det kan synes som om endringa gjør oss likere. Som en av informantene sier om yngre pasienter:

De fleste samer i dag er integrerte og unge samer lever ikke forskjellig fra unge nordmenn. De sitt der i den samme verden med nettbrettan. Og likhetan blir større uansett hvor du kommer fra eller hvem du er. (Informant A)

Med dette bakteppet er det ikke forunderlig at lederne ikke ser behovet. Hvis man likestiller kultur med språk og andre ytre artefakter, finner man ikke de forskjellene som ifølge litteraturen foreligger. En av informantene er sjølgranskende og konkluderer med at det er vi som ikke gir tilbudet:

Overrasket over hvor få pasienter som presenterer seg på en sånn måte at vi tar hensyn til den samiske identiteten. Jeg er sikker på at vi må ha hatt flere innlagt som har en eller annen form for samisk bakgrunn eller identitet eller på et eller annet nivå, enn de 2–3 som jeg kommer på. Det sier kanskje noe om at når vi ikke er offensive, presenterer det som en mulighet, så etterspørres det ikke av de som kommer til oss. (Informant B)

Informantene ser behovet for hjelp til å tolke styringskravet. En god måte å få dette til på, er å hente inn oversetterkompetanse. Tidligere er det nevnt at samene sjøl må på banen, og at helsepersonell i Finnmark kan ha nyttige erfaringer. Et annet forslag er som nevnt tidligere å involvere samiske pasienter som erfaringskonsulenter.

4.5 Institusjonelle omgivelser

Samesaken står sterkt i det politiske Norge og Sametinget er veiviser for at samiske forhold settes på agendaen også i helsevesenet. På det lokale plan i Tromsø har debatten tidligere vært intens, og til og med rasistiske karakteristikk har vært brukt (Johansen & Bull, 2012). Lederne påvirkes av dette. De fem jeg intervjuet, hadde ikke negative oppfatninger om samesaken, men var bevisst på at UNN skulle fremstå som samevennlig, om så det er for å være politisk korrekt som informantene her sier:

Det er nok to punkter til at Helse Nord er opptatt av dette. De ønsker nå fram til de samiske pasientene og legge til rette for at man skal nå fram og inn til folk og at folk skal føle seg møtt og ivaretatt. Det andre er jo at det er politikk på stort plan. Men velger å tru at det kommer som punkt nummer to. (Informant A)

Samtidig mener alle at det er fint at Helse Nord har noe om dette i sitt oppdragsdokument: "Vi er tross alt samenes universitetssykehus,» som en av dem sa (Informant C). Målstyring og rapportering er det nok av, og dermed oppleves mykere krav som helt greit, men om man trenger forholde seg til dem, oppleves ulikt. Ønskene fra institusjonelle omgivelser bør tilfredsstillers, i alle fall på papiret:

Jeg tror dette er noe de har fått beskjed om. Det står bare der uten at det er lagt noe reelt bak det. Det er nå sånn det blir oppfatta. Man les det, javel. Det skal stå der, det er akkurat som prosedyrer og retningslinjer, det skal være der. Om man følger dem og bruker dem, det er mer ymse. Prosedyrer blir lagt i en skuff, så kan man vise dem frem når det kommer noen på besøk. Politisk korrekt? Jeg tror man nesten kan si at det. Det er det inntrykket man får. (Informant D)

4.6 Resultater og tilbakemeldinger

"Det er bare fyndord", sa en av informantene (D) om det samiske i oppdragsdokumentet. Dette engasjerte informantene – som også funderte på om Helse Nord var opptatt av det samiske bare på grunn av bestillinga fra staten, siden ingen opplevde at dette ble etterspurt eller evaluert.

Det at Helse Nord er opptatt av det her, da har iallfall de sitt på det tørre. Her er det ingen tett oppfølging som det er for andre krav. Er nok et krav som er veldig flytende i forhold til oppfølging. Det tror jeg gjør noe med hvordan det blir tatt tak i i organisasjonen. (Informant C)

Helse Nord etterspør altså ikke hvordan det går med sin egen bestilling. Et av de viktige prinsippene i modellen, nemlig tilbakemeldingssløyfa som kan justere kursen, fungerer ikke ifølge avdelingslederene.

Men den ukentlige tittinga i korta går på helt andre ting og du blir pressa til å følge det opp på en litt anna måte. Så det er en utfordring for ledere å ta like godt tak i de tingene som du ikke kan måle. Det er ganske mange. Dialogavtalen er i hvert fall et verktøy som er viktig for å få det til. (Informant C)

De mener tross dette at de leverer det resultatet som er viktigst, nemlig god ivaretagelse av pasienter, også de samiske.

4.7 Hovedfunn

Empirien i denne studien kan oppsummeres med følgende hovedfunn:

- Strategidokumenter på alle nivå uttrykker seg i generelle vendinger om samisk språk- og kulturforståelse, og styringskravet blir ikke oversatt eller operasjonalisert.
- Avdelingslederene som utgjør informantene, kjenner ikke til hva oppdragsdokumentet eller Helse Nord bestiller angående det samiske.
- UNN er ikke opptatt av forskning på og undervisning i samisk språk- og kulturforståelse.
- Avdelingslederene erkjenner behovet for tolketjenester, men anser behovet for økt kulturkunnskap som lite nødvendig da dette dekkes av profesjonsetikken.
- Det foregår ingen evaluering av styringskravet om økt samisk kulturforståelse, og dette påvirker negativt hvordan lederne etterlever kravet.

Jeg skal nå videre analysere disse funnene og velger å sammenfatte dem i tre hovedfunn: for det første er mål og strategier for vage, for det andre mangler lederne samisk kulturforståelse og oversetter derfor ikke styringskravet – og for det tredje er det forskjell på liv og lære – dekopling – som jeg tar opp i neste kapittel.

5.0 Analyse

"Helseforetaket har et særlig ansvar for likeverdige tilbud til den samiske befolkningen" skriver UNN (2014, s. 3) i strategisk utviklingsplan som et ekko fra Helse Nord i oppdragsdokumentet. Standarden skulle dermed være satt; samisk språk- og kulturforståelse skal gjennomsyre samenes eget universitetssykehus, nemlig UNN. På tross av en liten linje i strategiplanen viser min empiri med tydelighet at utførelsen i UNN ikke står i stil med bestillinga fra Helse Nord. Det noe diffuse styringskravet om økt samisk kulturforståelse oversettes ikke til operasjonaliserte mål. Videre skal jeg drøfte hvorfor det er slik ved å gå gjennom tre sentrale funn i empirien: (1) vage mål og strategier, (2) manglende kulturforståelse gir vaklende oversetting av styringskrav og (3) villet dekopling. Til slutt vil jeg diskutere om avdelingslederne innfrir som veivisere.

5.1 Vage mål og strategier påvirker veiviserne

Hovedhensikta med organisasjonsstrukturen er å påvirke atferd i en spesiell retning (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Mål og strategier er en del av denne strukturen som Helse Nord styrer de ulike foretakene med. Hovedretninga formuleres i det årlige oppdragsdokumentet, men som styringsverktøy har det klare svakheter fordi det i mange av sine krav er for vagt og ikke fungerer som forpliktende kontrakt med konsekvenser for dårlig etterlevelse (Knudsen & Skjelvik, 2012). Dette årlige bestillingsdokumentet er en hybrid som har flere roller å bekle; som uforpliktende kontrakt mellom Helse Nord og UNN, som symbolsk og legitimerende funksjon og som grunnlag for dialog og kommunikasjon (Knudsen & Skjelvik, 2012). Politikere, ledere, styrer, pasienter og fagfolk stiller mange og ulike krav, og oppdragsdokumentet kan ha en balanserende funksjon og på den måten tilfredsstille de institusjonelle omgivelsene. Men på avdelingsnivå vil dokumentet kunne oppfattes som et dårlig styringsverktøy fordi tida mellom krav og handling synes lang.

Min studie viser at de fem avdelingslederne ikke kjenner til hvilket oppdrag de har for å ruste sine ansatte i møte med samiske pasienter i sin organisasjon. Dette kan skyldes at oppdragsdokumentet ikke benyttes på avdelingsledernivå, og/eller at ledersjiktet over ikke har videreformidla denne bestillinga. Et annet perspektiv er at lederne siler ut det de anser som uviktig, enten basert på egen erfaring eller på at målstyrte behov er viktigere å innfri. Ifølge organisasjonsmodellen skal resultatet være med på å påvirke den årlige bestillinga inn i

organisasjonen. Ingen av lederne var blitt spurt om hvordan de jobbet med dette eller om resultatene var som ønsket, verken fra lokale ledere på UNN eller sentralt fra Helse Nord. Dermed har Helse Nord ingen mulighet for å endre strategi. Lederne vet ikke hva de skal gjøre, og oppdragsgiverne vet ikke at lederne ikke vet. Den årlige bestillinga blir likevel stående.

Kravet om økt samisk kulturforståelse er et godt eksempel på et vagt styringskrav, i alle fall i nåværende form uten konkretiseringer eller klare oppskrifter på hvordan imøtekomme det. Som nevnt i empirikapitlet, var bestillinga tidligere langt mer detaljert. Disse kravene er fortsatt gjeldende for sykehusene, men siden det ikke nødvendigvis angis hvor man skal lete, leter man heller ikke; man har nok med å tilfredsstillе målkravene hvor det faktisk er bedt om rapportering tilbake. Mål- og resultatstyring opptar lederne i stor grad, og dermed taper de noe diffuse, myke bestillingene. Uten konkretisering i dialogavtalen som styrer den daglige drifta, blir fyndordene lagt i en skuff. Som Ouchi (1979) beskriver, ender dette opp med rituell styring eller profesjonsstyring som blir priggitt translasjonskompetansen til den enkelte leder. Som det vises til i empirien, er strategien for å øke den samiske kulturkunnskapen i UNN til dels manglende i hoveddokumentene som skal stake ut kursen for sykehuset. Således er de ikke akkurat til hjelp for lederne som skal gjøre jobben. I et instrumentelt perspektiv feiler UNNs mål og strategier; de er for vage om det samiske styringskravet til at lederne klarer å utforme effektive løsninger, og dermed uteblir resultatene. Den formelle strukturen sier ikke ifra om at dette er et viktig anliggende og kommer ikke med løsningene, bortsett fra en frase om at samiske pasienters tilfredshet skal måles. Men man nedfeller ikke konkrete målsettinger eller prosedyrer som kan påvirke den individuelle beslutningsatferden, noe som i et instrumentelt perspektiv er essensielt for å lykkes (Blindheim & Røvik, 2011, s. 112).

5.2 Den institusjonelle veiviserens vakkende kulturforståelse påvirker oversettelsen

Som vi ser av organisasjonsmodellen som forklarer hvordan organisasjoner fungerer, er både formelle og uformelle trekk avgjørende for hvordan prosessen i organisasjonen kan lykkes (Jacobsen & Thorsvik, 2013). I det institusjonelle perspektivet er organisasjonen gjennomsyret av normer og verdier som påvirker organisasjonsatferden. Lederen skal ifølge Selznick (referert i Blindheim & Røvik, 2011, s. 115) være en agent for institusjonalisering, altså en som skal sørge for at ikke bare det instrumentelle perspektivet på mål og effektivitet

råder, men også at virksomheta utvikler seg til en institusjon hvor mål og verdier ses i en bredere samfunnsmessig kontekst. Organisasjonskultur er vesentlig for god ressursutnyttelse. Den bygges opp over mange år og påvirkes av mange faktorer. Man kan forsøke å endre kulturen til det bedre. Hvordan bedre samiske pasienters situasjon hos oss? Tospråklig skilting er et synlig artefakt, men hva med verdier og grunnleggende holdninger? Samfunnskultur og organisasjonskultur henger naturlig nok sammen i et institusjonelt perspektiv. De ansatte er påvirket av et makromiljø som i stor grad styrer hva de tenker om samer. Her vil eksempelvis bosted og alder være avgjørende. Som jeg nevner i teoridelen, er den samiske kulturen inne i en revitaliseringsprosess, spesielt i den unge delen av befolkninga. Nå er det blitt «populært» å være same (Strøm, 2013). Mange søker tilbake til røttene og føler sorg og savn over å ha mista et språk og en kultur. Samtidig er eldre generasjoner prega av årtier med kolonisering, og det er også mennesker som gjerne skyter på et samisk skilt eller snakker nedsettende og til tider rasistisk om sine medborgere.

Dette bakteppet må altså være med i lederens planlegging av endring av organisasjonskulturen. Slike endringer kan beskrives i tre trinn fra en ubevisst inkompetanse til en ubevisst kompetanse gjennom fasene opptining, forandring og konsolidering. Denne modellen er introdusert av Kurt Lewin, men senere videreutviklet av Schein og Putnam (Johannessen og Olaisen, 2007, s. 109). På avdelinga kan vi eksempelvis diskutere om det er sprik mellom våre gode intensjoner om å hjelpe alle, og hvordan vi utøver dette i praksis. Vi kan altså tine opp de verdier som eksisterer i behandlinga av samer og for så vidt andre med en annen kulturell bakgrunn. Allerede i denne fasen kan vi utvikle læring og endring; iallfall kan vi verbalisere den ubevisste kulturen. I forandningsfasen må vi sette mål og konkretisere verdier vi skal jobbe etter. Dette kan være å alltid tilby tolk, kommunisere på en måte som er basert på kunnskap om samisk væremåte og tenke godt om vår nestes kultur. Skal dette bli varig, må forandringa konsolideres og automatiseres i vår handlemåte slik at det blir vårt nye ubevisste grunnfjell. I intervjuene med avdelingslederne er de bevisste på at dette er nødvendig for å kulturlæring, og mitt inntrykk er at den korte refleksjonen vi hadde allerede kan fungere som opptining, men da må de i så fall først erkjenne problemet, eller iallfall kjenne styringskravet.

Avdelingslederne opplever styringskravet fra Helse Nord som uklart og best egna som visjoner uten konkretisering for å tilfredsstille de institusjonelle omgivelsene. Litteraturen

fremlagt tidligere i denne oppgaven har vist at det er et behov for samisk kulturforståelse. Dette behovet er marginalt ifølge avdelingslederne på UNN, som anser språket og kofta som definerende på samekulturen. Dette er ikke en uvanlig majoritetsholdning, og er et eksempel på at kulturkunnskap ikke er det samme som kulturforståelse (NOU 1995:6, s. 391). Men ved refleksjon i intervjusituasjonen avdekkes taus kunnskap, og lederne begynner å undres over hvorfor kulturforståelseskravet er der. Dermed er utgangspunktet for dobbeltekretslering til stede. De erkjenner at kunnskapen er manglende, men tviler på at behovet er stort. I intervjusituasjonen forsøker de språksette dette diffuse kulturbegrepet. Som Røvik sier, er dette en utfordring som kaller på oversetterens mot og kreative evner (Røvik, 2007). Avdelingslederne er også tydelige på at dobbeltekretslering er nødvendig, at synlige tegn som skilting og samiske ansatte er et gode, og at det er et behov for at samene sjøl må være med på å konkretisere hva som er likeverd for dem i dag. Mitt inntrykk er at lederne vet hvordan styringskravet best kan oversettes, de mangler bare kunnskap om hvorfor dette er nødvendig.

Sjøl om målene kan oppfattes som uklare og at man ikke evner å oversette dem i retning av en mer operasjonell karakter, anser jeg undervisning som essensielt for iallfall å prøve å iverksette en forbedring og øke den samiske kulturforståelsen hos de ansatte. UNN som sådan deler ikke denne oppfatninga, en slutning jeg trekker basert på at de ikke nevner noe om dette i planene for undervisning og forskning. Informantene setter heller ikke dette på dagsorden, men et par av dem var opptatt av generell undervisning om kulturkunnskap på grunn av stadig flere utenlandske pasienter. Den internaliserte kunnskapen om det samiske hos de nordnorske helsearbeiderne anses som tilstrekkelig, og hver enkelt profesjons etiske standard oppfattes som godt nok til å gi hver enkelt samiske pasient god behandling.

5.3 Dekopla veivisere tilfredsstiller institusjonelle omgivelser

"Man må være politisk korrekt," sa en av informantene i denne studien. Utsagnet viser til at det foreligger et institusjonelt press fra samfunnet i samesaken, som både påvirker direktoratet, det sentrale Helse Nord og UNN. Omdømmet står på spill dersom man skulle si at samer ikke har behov for likeverdige tjenester. I andre kontekster har man derimot som nevnt over sett at debatten om det samiske tidvis har hatt skarpe fronter, hvor skiltskyting står mot kulturelt urfolksforsvar. Storsamfunnet har dog både lovmessig og moralsk forplikta seg på at samene har en spesiell status. Ifølge Røvik (2007, s. 195) er omdømmehåndtering en av

hovedtrendene i samtidas organisasjonstenking. Det handler om at organisasjoner aktivt må presentere seg sjøl utad slik at legitimiteten ivaretas. Dette påvirker hvordan sykehusene i Helse Nord profilerer seg overfor samene, politikere og folk flest. *Helse i nord, der vi bor* gjelder også samene, og i så måte er Helse Nord flinke til å merkevarebygge seg som også samenes foretak. Man etterlever det ny-institusjonelle premisset om at foretaket må ha legitimitet utad, også i samesaken.

For å komme unna med vedtak som tilfredsstillende det institusjonelle presset, må også UNN løse opp koplinger mellom liv og lære. For det første vises denne dekoplinga ved at sykehusets strategiplaner ikke har oversatt bestillinga fra Helse Nord. Det er riktignok nevnt med noen fine ord, men det finnes ingen konkrete forslag til etterlevelse. Det samme kan vel også sies om Helse Nord som ikke velger å fortolke direktoratets bestilling. Heller ikke på avdelingsnivå i UNN fins tegn til at man tar dette bokstavelig; med ett unntak er ikke det samiske nevnt i dialogavtalen, som skal vise vei for ledere og ansatte. Avdelingslederne synes denne strategien er grei. Vi ser altså dekopling på flere nivå; Helse Nord etterspør ikke hvordan dette etterleveres og synes derfor fornøyd med kun å ha dette på papiret, toppledelsen på UNN har ikke konkretisert dette nedover i systemet (iallfall ikke som avdelingslederne kjenner til) og avdelingslederne synes det er fine fyndord, men ser ikke hva det mer kan brukes til enn å være politisk korrekt. Er dette en villet dekopling, altså hykleri som Brunsson definerer det (referert i Røvik, 1998, s. 299)? Det er villet på den måten at man som leder prioriterer mellom alle bestillingene i oppdragsdokumentet, og foretrekker å innfri først der hvor det kreves konkrete tilbakemeldinger. Dette er naturlig ut fra at kausalkunnskapen er dårlig og målet uklart (Ouchi, 1979). Det synes dog ikke som om dette er fordi det er samepolitikk. Informantene er tydelig på at alle skal få god behandling, også samene. De kjenner bare ikke til behovet som foreligger hos den gruppa.

Som Ouchi (1979) sier, avhenger styremåte av om resultatet er målbart, og av hvor god kunnskap man har om hvorfor resultatene oppstår. Det kommer fram i min empiri at man i denne saken både har uklare mål og dårlige kausalkunnskaper. Så lenge man ikke klarer oversette bestillinga, må man basere seg på rituell styring eller profesjonsstyring. Det er vel det som i beste fall skjer her; at de synlige artefaktene, de fine ordene blir styringsredskapet for å tilfredsstillende Helse Nord, staten og samene sjøl.

5.4 Blinde veivisere eller institusjonelle helter?

Lederne i denne studien kjenner ikke til styringskravet om økt samisk kulturforståelse. De oversetter dermed ikke kravet og sørger ikke for opplæring av de ansatte eller endring av kulturen. Det er da fristende å spørre om de gjør jobben sin på en god nok måte. Men så ser vi av organisasjonsmodellen (figur 2) at også lederne påvirkes av omgivelsene, organisasjonsstruktur, organisasjonskultur og evaluering. Strukturelt kan man si at sykehuset som sådan ikke etterlever kravene oppdragsdokumentet. Verken organisasjonen UNN eller avsender av kravet etterspør resultatene. Lederne ser seg ikke tjent med, eller har ikke tid til, å innfri såkalte myke og vage krav hvor det ikke kreves måling og rapportering. De oppfatter dette som "fyndord" som bare er der for å tilfredsstille omgivelsene. Min tolkning er derfor at lederne innfrir det som institusjonen UNN krever av dem; viss ikke, hadde de nok fått beskjed om å endre kurs.

Kravet om *økt samisk kulturforståelse* er et eksempel på et visjonært og samtidig tvetydig krav. Med tvetydig mener jeg at det vil tolkes ulikt avhengig av translatørkompetansen. Begrepet innebærer også en forståelse av likeverdighet, som tolkes ulikt av majoritet og minoritet. Som nevnt over bekler oppdragsdokumentet mange roller og en viss tvetydighet eller vaghet synes nødvendig. Jeg har vist at slike tvetydige krav kan takles i en ny-insitusjonell organisasjon. Lederne som er informanter i denne studien, opptrer på det som kan kalles en dekopla måte i møte med symboltunge krav uten reelle konsekvenser ved manglende innfrielse. Dette kan tolkes som at lederne leser kravet som et tegn på kontinuitet (Abdallah & Langley, 2012) i en organisasjon som ikke reelt sett ønsker endring. Men empirien avdekker også at lederne stiller seg åpne for at det er behov for den samiske kulturkompetansen, og at det dermed er egen manglende kunnskap om det samiske som gjør det vanskelig å tolke dette vage kravet. Grunnlaget for dobbeltkretslæring er til stede. Samtalene avdekker at de innehar egenskapene som skal til for viderebringe denne kunnskapen og skape kulturendring blant de ansatte, de har bare behov for en viss grad av fortolkningshjelp fra folket saken gjelder. Da vil de kunne innfri dette i et institusjonelt perspektiv med tanke på det beste for pasienten det gjelder. De er, som de sjøl sier, oppfostra i et profesjonssyn som setter pasienten først, det være seg same eller ei.

6.0 Konklusjon

Kultur kjennetegnes av endring. Kanskje er det ikke sånn i dag at en same er en same som må behandles forskjellig fra andre nordmenn. For å avklare dette trengs det oppdaterte undersøkelser av samiske pasienters opplevelser av behandlinga de får ved UNN. Men ut ifra det vi vet i dag, *er* det kulturforskjeller og behov for den kulturkunnskapen som kreves. Styringskravet om økt kulturforståelse er ikke kjent blant de fem avdelingslederne jeg har intervjuet. Organisasjonsmodellen viser at det er flere faktorer som har betydning for hva som skjer i organisasjonen, men uten dirigenten vil samspillet mellom faktorene skurre og resultatet sannsynligvis svekkes. Lederens rolle som oversetter, strateg og kulturendrer krever at vedkommende støtter seg på alle de tre ulike perspektivene på organisasjon og ledelse jeg har lagt fram i teoridelen. Dette synes spesielt viktig når styringskravet er verdibasert og oppleves visjonært – slik at kausalkunnskapen og resultatmålet er diffuse. For det første vil det instrumentelle perspektivet hjelpe til med å tydeliggjøre de vage målene og strategiene som per nå ikke på en god nok måte konkretiserer hvordan UNN skal innfri styringskravet. For det andre vil det institusjonelle perspektivet bidra til å identifisere den kunnskapen som er nødvendig for å gi likeverdig behandling på minoritetsgruppas egne premisser og dermed unngå vaklende oversetting av styringskrav. For det tredje vil det ny-institusjonelle perspektivet hjelpe til å ta det samfunnsansvaret som kreves i omgivelsene og dermed unngå villet dekopling, slik at det som signaliseres utad, blir tydelig nedfelt også i praksis innad i organisasjonen.

Denne studien viser at visjonspregede styringskrav inn i komplekse organisasjoner dekoples og resultatet etterspørres ikke av de som stiller kravet. Jeg avdekker at lederne etterspør oversettelseshjelp, noe som krever kunnskapsoverføring fra dem visjonen angår. Oversettelsen av kravet om økt kulturkunnskap om samiske pasienter kan ikke skje i norske majoritetshoder. Til det er kreativiteten for hemma til å definere det likeverdet som bestillinga krever. Så UNN bør leve som organisasjonen skriver og vektlegge pasientopplevd kvalitet og utvikle de systemene som skal til for å undersøke de samiske pasientenes og pårørendes erfaringer. Da vil man være på vei til å innfri styringskravet og etterleve UNNs egen strategiplan: "Helseforetaket har et særlig ansvar for likeverdige tilbud til den samiske befolkningen" (UNN 2014, s. 3).

Oppsummert viser dette at komplekse organisasjoner som UNN har utfordringer med å oversette visjonspregede styringskrav, og dette må forstås i lys av både instrumentell, institusjonell og ny-institusjonell organisasjonsteori. Denne studiens bidrag til praksis er: (1) Skal visjonspregede styringskrav gi resultater, må det formuleres eksplisitt hvem som har ansvar for å oversette kravet til operasjonaliserbare mål, og (2) kulturforståelse bør oversettes i samsvar med minoritetens oppfattelse av hva begrepet innebærer. Følges dette på UNN vil avdelingslederen få etterlengta hjelp til å opptre som en klok ofelaš/veiviser til glede og nytte for institusjonen og folket i nord.

Litteraturliste

- Abdallah, C. & Langley, A. (2014). The Double Edge of Ambiguity in Strategic Planning. *Journal of Management Studies* 51:2, 235-264. doi: 10.1111/joms.12002.
- Anderson, I., Robson, B., Connolly, M., Al-Yaman, F., Bjertness, E., King, A., ... & Pesantes, M.A. (2016). Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *The Lancet*.
- Berglund, E.L. & Henriksen, T.H. (2016, 11.juni). *Tysfjord kommune: -Sjokkerende*. VG. Henta fra <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/tysfjord-kommune-sjokkerende/a/23706804/>
- Blindheim, B.T. & Røvik, K.A. (2011). Ledelse og bedrifters samfunnsansvar. I *Ledelse. Å bruke teori i praksis* (s. 104-137). Kristiansand, Høyskoleforlaget.
- Blix, B.H. & Hamran, T. (2015). *Helse- og omsorgstjenester til samiske eldre*. Tromsø: Senter for omsorgsforskning Nord, Universitetet i Tromsø Norges arktiske universitet.
- Bongo, B. A. (2012). *Samer snakker ikke om helse og sykdom. Samisk forståelseshorison og kommunikasjon om helse og sykdom. En kvalitativ undersøkelse i samisk kultur*. (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Tromsø). Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Dagsvold, I. (2006). *In gille huma – de tause rommene i samtalen. Samiske fortellinger om kreft*. Mastergradsavhandling, Universitetet i Tromsø. Henta fra <http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/1603/thesis.pdf?sequence=1>
- Dybvig, D.D., Ingebrigtsen, S., Jakobsen, O., & Nystad, Ø. (2013). *Etikk for økonomifag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eriksen, K. E. & Niemi, E. (1981). *Den finske fare. Sikkerhetsproblemer og minoritetspolitikk i nord 1860–1940*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Forsdahl, A. (1991). *Utdrag av medisinalberetninger fra Finnmark 1863-1929. Gode og dårlige tider – helse følger svingningene*. Vadsø, Fylkeslegen i Finnmark.
- Fugelli, P. (1986). Skjult helsebehov blant samer? *Sàmi Medica*; 3: 43-53.

Gaski M., Abelsen B. & Hasvold T. (2008). Forty years of allocated seats for Sami medical students – has preferential admission worked? *Rural and Remote Health* [Internett], 8(2):845. Tilgjengelig fra <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=845>.

Heatta, G.K. (2007). *Geahkamin ii šatta mihkkege - Å skulle blir det ingenting av. En studie av en samisk helseinstitusjon i det norske helsesystemet*. (Mastergradsavhandling, Handelshøgskolen i Bodø). Handelshøgskolen i Bodø, Bodø.

Helse Nord RHF (2011). Spesialisthelsetjenesten til den samiske befolkning. Styresak 91-2011. Henta fra <http://www.helsenord.no/getfile.php/RHF%20INTER/Styret/Styredokumenter/2011/Styresak%20912011%20Spesialisthelsetjenesten%20til%20den%20samiske%20befolkning.pdf>

Helse Nord RHF (2010). *Oppdragsdokument 2010. Fra Helse Nord RHF til helseforetakene*.

Helse Nord RHF (2013). Regional kreftplan 2014–2021.

Helse Nord RHF (2016a). *Oppdragsdokument 2016. Fra Helse Nord RHF til helseforetakene*. Henta fra <https://helse-nord.no/Documents/Oppdragsdokument/Oppdragsdokument%202016%20fra%20Helse%20Nord%20RHF%20til%20helseforetakene.pdf>

Helse Nord RHF (2016b). Styremøte Helse Nord RHF. Innkalling med saksdokumenter. Styresak 56-2016/1. Henta fra <https://helsenord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202016/20160426/Styresak%2056-20161%20Fra%20Sametinget%20ad.%20oppnevning%20av%20styrer%20i%20helseforetakene%20i%20Helse%20Nord%20RHF.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Oppdragsdokument 2016. Helse Nord RHF*. Henta fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument2016hn.pdf>

Høst, T. (2014). *Ledelse i helse- og sosialsektoren*. 3. utg. Oslo, Universitetsforlaget.

ILO-konvensjonen nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater. Henta fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/urfolk-og-minoriteter/samepolitikk/midtpalte/ilokonvensjon-nr-69-om-urbefolkninger-o/id451312/>

Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4. utg. Bergen, Fagbokforlaget.

- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, A. (2011). *Forskningsmetode for økonomiske-administrative fag*. 3. utg. Oslo, Abstrakt forlag.
- Johannessen, J. A. & Olaisen, J. (2007). *Styring av helseforetak. Hvorfor er sykehus så vanskelige å styre?* Bergen, Fagbokforlaget.
- Johansen, Å.M. & Bull, T. (2012). Språkpolitikk og (u)synleggjering i det semiotiske landskapet på Universitetet i Tromsø. *Nordlyd*, 39(2), 17-45. doi: <http://dx.doi.org/10.7557/12.2472>
- Knudsen, A.M. & Skjelvik, T. (2012). *Fra krav til handling? Har oppdragsdokumentet betydning for styring av klinikken?* (Mastergradsavhandling, Handelshøgskolen i Bodø). Universitetet i Nordland, Bodø.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-2015-05-22-32. (2015). Henta fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2015-05-22-32>
- Nystad, T., Melhus, M. & Lund, E. (2006). Samisktalende er mindre fornøyd med legetjenestene. *Tidsskrift for Den norsk lægeforening*, 126 (6), 738–740.
- Ouchi, W, G. (1979). A Conceptual Framework For The Design Of Organizational Control Mechanisms. *Management Science*, 25(9), 833–848.
- Pettersen, I.J., Magnussen, J., Nyland, K., & Bjørnenak, T. (2008). *Økonomi og helse. Perspektiver på styring*. 2. utg. Oslo, Cappelen akademisk forlag.
- Pulk, Å. (2014, 29. november). Vil ha større fokus på samiske pasienters framtid. *NRK Sápmi*. Henta fra http://www.nrk.no/sapmi/_-ma-sette-storre-fokus-pa-samiske-pasienters-framtid-1.12072232.
- Røvik, K.A. (1998). *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Røvik, K.A. (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo, Universitetsforlaget.

Sosial- og helsedepartementet. (1995). *Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge*. (NOU 1995:6). Oslo, Statens forvaltningstjeneste.

Strøm, P. (2013, 15. august). Nå har det blitt populært å være same. *NRK Troms*. Henta fra <https://www.nrk.no/troms/populaert-a-vaere-same-1.11182929>.

Tallaksrud, S. (2016, 16. april). Samer og andre urfolk lever kortere. *NRK Finnmark*. Henta fra <http://www.nrk.no/finnmark/samer-og-andre-urfolk-lever-kortere-1.12918580>

Telle, M. & Vorland, L. (2016, 6. februar). Samenes nasjonaldag. Identitet og anerkjennelse. Henta fra: <http://www.helse-nord.no/aktuelt/identitet-og-ankjennelse-article137232-19948.html>

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (2014). Strategisk utviklingsplan 2015–2025. Henta fra https://unn.no/Documents/Om%20oss/Strategisk%20utviklingsplan_endelig%20versjon.pdf

Unn.no / Universitetssykehuset Nord-Norge HF (2016). *Om oss*. Henta 16. juni 2016 fra <https://unn.no/om-oss>

Vedlegg

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

Inger Johanne Pettersen
Handelshøgskolen i Bodø Universitetet i Nordland
Postboks 6003
8049 BODØ

Vår dato: 01.03.2016

Vår ref: 46959 / 3 / HJP

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.01.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>46959</i>	<i>Samisk kulturforståelse hos førstelinjeledere ved sykehus i Helse nord</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Nordland, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Inger Johanne Pettersen</i>
<i>Student</i>	<i>Magnar Johannes Johansen</i>

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, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og 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/meldeplikt/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://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.09.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Hanne Johansen-Pekovic

Kontaktperson: Hanne Johansen-Pekovic tlf: 55 58 31 18

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

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. kyrr svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uio.no

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Samisk kulturforståelse hos ledere i sykehus”

Bakgrunn og formål

Dette prosjektet utgjør masteroppgaven som er en del av masterstudium i helseledelse ved Nord universitet i Bodø. Hensikten er å undersøke om ledere i sykehus i Helse nord gir de ansatte økt samisk kulturforståelse og hvordan man eventuelt arbeider for at denne kunnskapen bedres.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Et intervju med varighet opptil 1 time. Du vil få ulike spørsmål som omhandler temaet, men også mulighet for å komme med egne betraktninger. Intervjuene blir tatt opp.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Student og veileder vil ha tilgang til disse i prosjektperioden. Dette lagres innelåst i et skap på eget kontor uten tilgang for andre. Intervjuene og personopplysninger blir slettet etter at prosjektet er ferdig. Prosjektet skal etter planen avsluttes 30.06.16.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleder Magnar Johansen på telefon 41 12 82 84. Veileder er førsteamanuensis Kari Nyland, NTNU og Nord universitet.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjugaid

- Kjenner du til hva slags oppdrag Helse Nord gir til sykehusene angående samiske pasienter?
- Helse nord krever at sykehusene skal jobbe med økt samisk kulturforståelse for bedre ivaretagelse av samiske pasienter. Hva tror du Helse nord mener med samisk kulturforståelse?
- Har du fått spørsmål om hvordan dette eventuelt gjøres på din avdeling?
- Har helsearbeidere behov for kunnskap om samisk kultur og språk?
- Har dere forsøkt øke denne kunnskapen hos de ansatte?
- Hvordan kan man lære opp de ansatte om dette?
- Er det noen som behersker samisk som arbeider hos dere?
- Hvem får tilbud om tolk?
- Fortell om et møte med en samisk pasient i din avdeling.
- Har du sjøl samisk bakgrunn eller snakker du samisk?
- Helse nord fokuserer på flere andre mål enn økonomi og måloppnåelse i sine oppdragsdokument til sykehusene. Får du i oppgave å jobbe med "myke/vage/symbolske" mål fra ledere over deg i systemet, eller er fokuset et annet sted?