



En kvalitativ studie av tre norske sykepleieres opplevelser og erfaringer fra møte med samiske pasienter med demenssykdom og som bor i sykehjem.



Inger-Lise Pedersen

Mastergradsoppgave i helsefag

Avdeling for sykepleie og helsefag
Institutt for klinisk medisin
Det medisinske fakultet
Universitetet i Tromsø

Februar 2008

SUMMARY

Title: A qualitative study of the experiences of three Norwegian nurses in their interaction with Sami patients suffering from dementia and who live in a nursing home.

I come from a municipality that is located in an area covered by the Sami Act and I completed my education as a nurse in 1998 in Tromsø. I have met many patients with a Sami background through my work as a nurse at the municipal nursing home. The Sami patients suffering from dementia sometimes only speak and understand the Sami language. This is an especially vulnerable group of patients who, because of their dementia, have problems understanding and making themselves understood. This is especially difficult in their interactions with nurses who do not have a background in the Sami culture and language.

I have interviewed three Norwegian nurses, who do not have a background in the Sami language and culture, about the experiences and challenges they have had in their interactions with Sami patients suffering from dementia. These challenges were especially reflected in situations involving coordination, nurse/care and treatment.

According to themselves, the nurses were unable to speak the Sami language and they had no, or very little, knowledge of the Sami culture when they arrived to work in the nursing home and the municipality. It became obvious that the Norwegian nurses who participated in my project had a requirement for a greater understanding of the Sami language and culture.

My intention with this master degree assignment is that it should contribute new and useful knowledge, which will benefit Sami dementia patients, their therapists, nursing assistants and relatives.

SAMMENDRAG

Tittel: En kvalitativ studie av tre norske sykepleieres opplevelser og erfaringer fra møte med samiske pasienter med demenssykdom og som bor i sykehjem.

Jeg kommer fra en kommune som tilhører samisk språklovsområde, og var ferdig utdannet sykepleier i Tromsø i 1998. Gjennom mitt arbeid som sykepleier ved det kommunale sykehjemmet, har jeg truffet mange pasienter med samisk bakgrunn. De samiske pasientene som har en demenssykdom forstår og snakker tidvis bare det samiske språket. Dette er en spesielt sårbar gruppe pasienter som på grunn av sin demenssykdom har problemer med å forstå og selv gjøre seg forstått. Spesielt vanskelig blir dette i møte med sykepleiere som ikke har samisk kultur- og språkbakgrunn.

Jeg har intervjuet tre norske sykepleiere som ikke har samisk kultur- og språkbakgrunn, om deres erfaringer og utfordringer de har hatt i sykehjem, i møte med samiske pasienter som har en demenssykdom. Disse utfordringene viste seg å gjenspeile seg spesielt i situasjoner med samhandling, stell/pleie og behandling. Utfordringene var både språklig og kulturelt betinget.

Sykepleierne hadde i følge dem selv ikke kunnskap om samisk språk, samt manglende eller liten kjennskap til den samiske kulturen når de kom til kommunen og sykehjemmet for å arbeide. Det viste seg at de norske sykepleierne som deltok i mitt prosjekt hadde behov for større samisk språk- og kulturforståelse.

Min intensjon med denne mastergradsoppgaven er at den forhåpentligvis vil kunne bibringe ny og nyttig kunnskap som kan komme samiske pasienter som har demens, deres behandlere, pleiere og pårørende til gode.

FORORD

Jeg har båret på tanken om å gjøre denne studien i åtte år. Endelig har jeg fullført denne tanken og det gir meg en tilfredsstillende følelse. Ideen om å utføre denne studien tok form etter en samtale med Per Kristian Roghell som i 2000 var lærer ved sykepleierutdanninga i Tromsø. I den forbindelse var jeg sykepleierveileder for en av hans studenter som var ute i sykehjemspraksis på min arbeidsplass. Jeg var nysgjerrig på de norske sykepleiernes opplevelser og erfaringer i møte med pasienter som har samisk språk- og kulturbakgrunn og som ikke lengre forstod og/eller kunne snakke norsk. Roghell oppfordret meg da til å gjøre en studie på nettopp dette.

Det er mange jeg vil takke for at jeg har gjennomført denne studien. En av dem er min veileder førsteamanuensis Hans Ketil Normann som har gitt meg nyttige tilbakemeldinger. Jeg har satt stor pris på at han er så direkte og grundig i sin veiledning. Jeg er utrolig takknemlig overfor mine informanter som stilte velvillig opp og delte sine erfaringer, dette var nyttig kunnskap å formidle videre. Jeg er imponert over min mann Jarle for hans evne til å lytte og vise interesse når jeg har øst over han både frustrasjon og glede underveis i min studie som har gått over flere år. Han har motivert meg til å fortsette mitt arbeide når studien har gått meg imot. Vi har to nydelige barn, Lisa Marie og Kristoffer som har vært tålmodige vitner til at mamma har sittet utallige timer fordypet i lærebokverdenen og oppslukt over datamaskinen. Jeg må heller ikke glemme min søster Karin som har hjulpet meg underveis med å låne meg lærebøker og lese igjennom det jeg har skrevet. Tusen takk skal dere ha alle sammen.

Jeg har fått økonomisk støtte fra sametinget og senter for aldersforskning i Tromsø for å kunne realisere dette prosjektet økonomisk.

Manndalen 01.02.2008

INNHOLDSFORTEGNELSE

SUMMARY

SAMMENDRAG

FORORD

1

INNHOLDSFORTEGNELSE.....4

1.0 INNLEDNING6

1.1 Problemstilling.....7

1.1.1 Presisering av problemstilling7

1.1.2 Avgrensing.....7

1.2 Bakgrunn for valg av tema/problemstilling.....8

1.2.1 Å forstå pasientene8

1.3 Oppgavens oppbygging.....9

2.0 FORHISTORIEN I DEN AKTUELLE SAMISKE KYSTKOMMUNEN.....11

2.1 Folketellingen11

2.1.1 Fornorskningen12

2.2 Særegne samiske og nord - norske kulturtrekk i en kystkommune.13

2.2.1 Eldre sin plass i det samiske samfunnet15

2.2.2 Storfamilien16

2.2.3 Samhold.....17

2.2.4 Overtro.....17

2.2.5 Blåsere18

2.2.6 Gjestfrihet19

2.2.7 Dialekten.....20

3.0 DEMENSSYKDOM OG DEMENSUTVIKLING22

4.0 MATERIALE OG METODE.....25

4.1 Valg av metode.....25

4.1.1 Kvalitativ metode.....25

4.2 Fenomenologi og hermeneutikk26

4.3 Intervju27

4.3.1 Uformelle intervju28

4.4 Analyse av data.....29

4.5 Forskning i egen kultur30

4.5.1 Tilgang til forskningsfeltet30

4.5.2 Forforståelsens ulemper og fordeler.....31

4.5.3 Forsker- i stedet for sykepleierrollen33

4.6 Forskningsetiske overveielser.....34

5.0 FUNN, TOLKNING OG TEORI36

5.1 Behov for samisk kulturforståelse36

5.1.1 Sykepleiernes manglende kjennskap til den samiske kulturen.....37

5.1.2 Betydningen av å kjenne til pasientens bakgrunn.....44

5.2 Sykepleier- og pasientrelasjoner.....45

5.2.1 Sansenes betydning for samhandling46

5.2.2 Å ta seg tid til å reflektere over samhandlingen med pasientene.....48

5.2.3 Velger avstand framfor nærhet til den samiske pasienten.....49

5.2.4 Innhenter hjelp fra kollegaer som har kunnskap om samisk språk og -kultur.....52

5.2.5 Mulighet til selv å formidle sine behov.....54

5.3 Episoder med utfordringer.....55

5.3.1 Sykepleier Noras utfordring57

5.3.2 Idas utfordringer i stellesituasjonen59

5.3.3 Ellen møter en utfordring hun ikke har kompetanse nok til å løse alene63

5.3.4 Kan sykepleierne møte disse utfordringene på en annen måte?	64
5.4 Hva var gjeldende under denne generasjon samers oppvekst?.....	66
5.5 Pårørende/slekta/storfamilien	68
5.5.1 Pasienten kommer på en fremmed arena.....	69
5.5.2 Hvilket nettverk har den samiske pasienten som bor i sykehjem?	71
5.5.3 Når mor eller far går over til sitt samiske morsmål	73
5.6 Behandling av sykdom og behov for behandlingsalternativer.	76
5.7 Opplæring i samisk språk og kultur	79
5.7.1 Hva mener de norske sykepleierne skal til for å bedre deres relasjoner til de samiske pasientene?.....	79
5.7.2 Samisk språk og kulturoplæring for en av de norske sykepleierne.....	81
5.7.3 Hvordan ble kommunikasjonen etter opplæringen av samisk språk– og kultur? ...	83
6.0 AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER	88
6.1 Funn i henhold til problemstillingen.....	88

Vedlegg 1, 2 og 3.

1.0 INNLEDNING

Jeg gikk bortover korridoren da jeg hørte høylytte rop. Lydene kom fra pasientrommet der det bodde en 86 år gammel dame. Damen hadde en demenssykdom og hadde samisk som morsmål, men hun snakket og forstod godt norsk. Jeg åpnet døren og gikk inn. Hun stod midt på gulvet og ropte ut i både sinne og redsel, noe jeg tolket av hennes kroppsspråk. Jeg så på øynene hennes at hun var redd, samtidig som hun hyttet med "nevne" og var sint i stemmen. Jeg forstod ikke hva hun sa for hun ropte på samisk. Jeg snakket mildt til henne og forsøkte å få øyenkontakt, men hun var svært opprørt og enset meg knapt. Jeg gikk bort til henne og prøvde å berolige henne, men akkurat da virket det som hun ikke forstod norsk. Det kom frem da jeg ba jeg henne forklare meg på norsk hva som plaget henne. Det var tydelig at hun ikke forstod meg for hun fortsatte opprørt å uttrykke seg på samisk. Hun var tydelig desorientert og forvirret, og jeg følte sterkt at jeg ikke klarte å møte henne på en tilfredsstillende måte. Som sykepleier kom jeg til kort når jeg ikke forstod hennes verbale språk. Jeg kunne tolke kroppsuttrykket hennes, men forstod ikke språket. Senere bestemte jeg meg for at det var nødvendig for meg å lære meg det samiske språket, og da særlig i min utøvelse som sykepleier til samiske pasienter med demenssykdom. Jeg tok samisk språkkurs og lærte meg en del samiske gloser. Jeg forstod da at damen fra episoden jeg har beskrevet, ropte på sin mamma da hun var oppskaket.

I denne mastergradsoppgaven vil jeg sette søkelys på norske sykepleieres samhandling med samiske pasienter som har en demenssykdom og som bor i sykehjem, og hvor disse pasientene med samisk språk- og kulturbakgrunn utgjør en minoritet i befolkningsgruppen i kommunen. Bakgrunnen for dette er todelt: Jeg er født og oppvokst i en kommune som tilhører samisk språkløvsområde, men har en norsk majoritet i sin befolkning. Gjennom mitt arbeid som sykepleier ved det kommunale sykehjemmet, har jeg truffet mange pasienter med samisk bakgrunn.

De samiske pasientene er tospråklige, det vil si de snakker samisk og norsk, men hvor samisk er deres førstespråk. Hvis disse pasientene rammes av en demenssykdom går de som regel tilbake til sitt morsmål etter hvert som sykdommen skrider frem, og forstår i perioder ikke

norsk. Det er forvirringen som preger deres hverdag, mens klare øyeblikk der de forstår, og snakker norsk forekommer mer glimtvis gjennom hele døgnet. Min erfaring fra sykehjemspraksis er at sykepleierne stilles ovenfor stadige faglige utfordringer i møte med denne pasientgruppen nettopp på grunn av språk- og kultur problemene som oppstår.

1.1 Problemstilling

I oppgaven forsøker jeg å belyse hvordan relasjonen eller samspillet mellom samiske pasienter som har en demenssykdom og som periodevis ikke behersker norsk språk, og sykepleiere med norsk bakgrunn fungerer i det daglige når pasienten ikke behersker det norske språket. Med bakgrunn i dette har jeg vinklet min oppgave på disse sykepleiernes opplevelser og erfaringer i møte med samiske pasienter som lider av en demenssykdom og er innlagt i sykehjem, samt satt søkelys på en del av de uforutsigbare utfordringene som sykepleierne har hatt i møte med denne pasientgruppen.

Jeg har derfor valgt følgende problemstilling for min oppgave;

”Hvilke utfordringer opplever etnisk norske sykepleiere i sykehjem, i møte med samiske pasienter som har en demenssykdom og spesielt i de møtene hvor pasientene ikke behersker norsk språk”?

1.1.1 Presisering av problemstilling

I mitt prosjekt har jeg studert nærmere hva sykepleierne mener er problematisk i relasjonen til nevnte pasienter, og da ut fra sykepleiernes egne opplevelser og erfaringer. Jeg har forsøkt å gå inn i og prøve å forstå samhandlingene mellom nevnte pasienter og norske sykepleiere som igjen kan bidra til større forståelse for samiske pasienter som har demenssykdom, i lys av samisk kultur og litteratur/forskning om personer som har demenssykdom.

1.1.2 Avgrensing

Jeg har avgrenset min problemstilling ved å kun fokusere på sykepleiernes opplevelser og erfaringer i møte med pasienter som snakker samisk, og hvor sykepleierne har begrenset eller manglende kjennskap til samisk språk og kultur. I tillegg fokuserer jeg kun på pasienter som har utviklet demenssykdom, og som i perioder bare er i stand til å snakke samisk. Dette er en spesielt sårbar gruppe pasienter som på grunn av sin demenssykdom har problemer både med

å forstå og selv gjøre seg forstått. Spesielt vanskelig blir dette i møte med sykepleiere som ikke har samisk kultur- og språkbakgrunn. Jeg forholder meg til tre sykepleieres opplevelser og erfaringer med samiske pasienter som bor i et bestemt sykehjem.

1.2 Bakgrunn for valg av tema/problemstilling

Med min bakgrunn som sykepleier var jeg interessert i å studere hvordan vi kan møte nevnte pasienter på en best mulig måte. Ut fra egne erfaringer vet jeg at relasjonen mellom nevnte pasienter og sykepleiere til tider kan være vanskelig. Jeg har derfor rettet søkelyset mot denne pasientgruppen og relasjonen nevnte sykepleiere har til de aktuelle pasientene.

1.2.1 Å forstå pasientene

Min erfaring er at det er vanskelig når pasientene er forvirret og ikke klarer å uttrykke sine ønsker og behov slik at jeg kan forstå deres uttrykksformer. Som sykepleier opplevde jeg tidligere også at pasienter med demenssykdom ikke alltid forstod det som ble sagt til dem. Spesielt vanskelig blir dette i forhold til pasienter med samisk språk- og kulturbakgrunn når de periodevis kun snakker og forstår samisk, og hvor de må forholde seg til sykepleiere med etnisk norsk språk- og kulturbakgrunn.

Normann m.fl. (1998) har gjort en studie som viser at det som er vanskelig i pleien til personer som har aldersdemens, er å forstå deres uttrykte tanker og ønsker, samt non-verbale kommunikasjon. Aldersdemens utvikler seg gradvis. Det skjer et progressivt tap av innsikt i egen situasjon i sykdomsforløpet. Mange mister også språket helt eller delvis. Til tross for dette, kan pasientene av og til vise såkalte episoder av klare øyeblikk som kan komme til uttrykk verbalt og/eller non-verbalt (Normann m.fl.1998, Normann 2001, Normann m.fl. 2002, 2005). Klare øyeblikk definerer Normann m.fl. (1998) som øyeblikk hvor pasientens kommunikasjonspartner blir forbauset fordi det pasienten uttrykker virker mye mer klart og relevant i situasjonen enn det som pasienten vanligvis uttrykker. De klare øyeblikkene forekommer som regel i situasjoner som kjennetegnes av at det er nær relasjon mellom pasienten og kommunikasjonspartneren. Den nære relasjonen kjennetegnes dessuten av at den er kravløs og uten korrektiver, og at kommunikasjonspartneren virker oppriktig engasjert og interessert i det pasienten uttrykker (Normann m.fl. 1998).

Min erfaring med samiske pasienter med demenssykdom er at ikke bare det språklige, men også kroppslige kulturelt betingede uttrykk blir vanskelig å forstå for de norske sykepleierne og klare øyeblikk kan dermed bli oversett av disse sykepleierne. Med andre ord kan det være vanskelig for disse sykepleierne å oppnå en ekte og god relasjon med samiske pasienter som har alvorlig demenssykdom. Dette kan medføre at de får problemer med å se og forstå personen bak demenssykdommen/symptomene.

Det er en utfordring i seg selv å forstå en pasient som har en demenssykdom. Dette blir enda vanskeligere for norske sykepleiere i forhold til pasienter som er samisk og har en demenssykdom, det vil si å forstå – og å selv bli forstått. Dette har klart sammenheng med demenssykdommen, men også med enkelte sykepleieres begrensede eller manglende kunnskaper til samisk kultur og språk. Det er viktig at pleierne tilegner seg mest mulig kunnskap om samisk kultur og språk for å forstå disse pasientene best mulig. Dermed kan de bli bedre i stand til å utøve god pleie og omsorg ut fra pasientens reelle behov. Pasienten selv kan gjøre lite for å forbedre sin livssituasjon, mens sykepleierne som har med disse pasientene å gjøre bør ha ressurser og kunnskaper til å forbedre livssituasjonen til de som trenger det. Som sykepleiere må en tilrettelegge for at denne pasientgruppen får en mest mulig verdig alderdom i institusjon, det vil si at de får den hjelp og støtte av omgivelsene som de har krav på.

1.3 Oppgavens oppbygging.

Min oppgave består av seks kapitler.

I kapittel to tar jeg for meg noe av forhistorien til befolkningen i denne kystkommunen, og da spesielt om det å ha samisk tilhørighet. Jeg viser via folketellingen i kommunen gjennom hundre år hvordan folk skiftet ”identitet”, der mesteparten av befolkningen etter hvert gikk fra å være samer til å bli definert som norske. Jeg viser også hvordan dette kunne skje via fornorskingsprosessen som satte et sterkt preg på befolkningen i vår samiske kystkommune. Videre har jeg har i forbindelse med dette prosjektet og ved seminarfremlegg på Høgskolen i Tromsø, Avdeling for helsefag, blitt bedt om å definere hva som er spesielt i den samiske kulturen i forhold til den norske når det gjelder for eksempel måten en uttrykker seg på og levemåte. De fleste vet at språket er forskjellig. Dermed fremstiller jeg videre noen særegne samiske og nord-norske kulturtrekk som er å finne i vår kultur i denne kommunen, for å

tydeliggjøre hvordan kulturelle trekk kan vise seg i hverdagen. Til slutt har jeg i dette kapitlet et avsnitt om hvordan den samiske kulturen blir fremhevet og synliggjort i kommunen i dag.

I kapittel tre gjør jeg rede for demenssykdom og demensutvikling via teori og forskning om dette. Forskningen jeg fremhever er knyttet til samhandling mellom sykepleiere og pasienter med demenssykdom. I disse studiene er kommunikasjon samt pasientens og sykepleierens evne til samspill sentrale.

I kapittel fire gjør jeg rede for hvilken metode jeg har valgt for min studie. Jeg klargjør hvorfor jeg har gjort et bestemt metodevalg, ved å presentere metodens innhold og kjennetegn, opp mot min studie. Jeg presenterer hvordan jeg analyserte datamaterialet, og kom frem til de funnene jeg har gjort i dette materialet. Jeg drøfter de positive og de negative sidene ved å gå inn og forske i kjent kultur, på min tidligere arbeidsplass der jeg nå kom tilbake i en annen rolle, det vil si ikke som sykepleier men som forsker. Jeg viser hvordan jeg fikk tilgang til feltet og drøfter ulempene og fordelene ved å bære med meg min egen forforståelse inn i prosjektet. Til sist i dette kapitlet beskriver jeg mine forskningsetiske overveielser i forhold til mine informantkollegaer.

I kapittel fem presenterer jeg de funnene jeg har gjort i denne studien. Funnene blir fremstilt via sykepleiernes utsagn, som jeg så reflekterer over og drøfter ved hjelp av teori /forskning. Jeg viser i denne delen av oppgaven hvordan ulike samiske kulturuttrykk kan gjøre seg gjeldende i ulike sykepleier- og pasientsituasjoner, og reflekterer over hva som kan være utløsende faktorer for den samiske pasientens reaksjoner og væremåte, slik de norske sykepleierne erfarer og opplever dette.

I kapittel seks kommer avslutningen der jeg gjør en oppsummering av oppgavens innhold og hva som er mine sentrale funn i forhold til problemstillingen jeg reiser. Jeg presenterer til slutt hva jeg kan tenke meg vil være viktig i forhold til videre forskning på det området jeg nå har studert.

Noen ganger i oppgaven benevnes sykepleieren ved fiktivt navn og andre ganger som sykepleier eller hun. Jeg bruker fiktive navn som Nora, Ellen og Ida

2.0 FORHISTORIEN I DEN AKTUELLE SAMISKE KYSTKOMMUNEN

I dette kapittelet vil jeg forsøke å klargjøre hvordan fornorskningen bidro til å endre den samiske og nord-norske kulturen i den aktuelle kystkommunen. Jeg forsøker også å klargjøre hva som kan være særegne samiske og nord-norske kulturtrekk, der jeg blant annet tar for meg eldre sin posisjon i det samiske samfunnet. Med dette vil jeg prøve å få frem noe av de eldre samiske pasientenes språklige og kulturelle bakgrunn.

2.1 Folketellingen

Den etniske sammensetningen av befolkningen fordeler seg forskjellig innad i kommunen. Den indre delen av kommunen har sterke sjøsamiske røtter, der mesteparten av befolkningen har samisk tilknytning med samiske forfedre. I den ytre delen er det en mer blandet befolkning, og i den nordligste delen av kommunen er det en overveiende norsk befolkning med innslag av finske, kvenske og samiske aner.

Fra 1930-2004 ble antall registrerte med samisk tilhørighet redusert med 990 personer i følge Pedersen og Høgmo (2004). Folketellingen i 1900 viser at det var 2233 innbyggere bosatt i kommunen (Richter-Hansen 2004) og 66 % av befolkningen i kommunen hadde samisk som førstespråk, 26 % hadde norsk som førstespråk og 8 % kvensk (Pedersen og Høgmo 2004). I 1930 fremstår kommunen som landets største samekommune. Det bodde i 1930 totalt 2553 innbyggere i kommunen (Richter-Hansen 2004) og det ble da registrert rundt 1233 samer hvor 1149 av disse var samisktalende (Pedersen og Høgmo 2004). Midt på 1980 – tallet, bodde det til sammen ca 3084 innbyggere i kommunen. Antallet registrerte personer med samisk språktilhørighet i foreldregenerasjonen eller besteforeldregenerasjonen var da ca like høy (65 %) som i Tana (64 %) (NOU 1995:14).

Pedersen og Høgmo (2004) skriver at det ved stortingsvalget i 2001 bodde totalt sett ca 2430 personer i kommunen. Det ble ved dette valget registrert 10 % av befolkningen, det vil si 243 personer i samemanntallet i kommunen. Dette lave tallet er et direkte resultat av fornorskningspolitikken som har vært skriver Pedersen og Høgmo:

Majoritetsbefolkningen har, godt støttet av sosialdarwinismen, sett på samene som avvikende enkeltmennesker eller lokale enklaver som var av mindre verdi enn dem. Samene ble av majoritetsbefolkningen og staten definert gjennom sin manglende mestring av norsk samfunn og kultur, ikke gjennom egne gamle tradisjoner i mestring av sin egen verden (2004:94).

2.1.1 Fornorskningen

Den samiske befolkningen tilhører en minoritet i det norske samfunnet, og har tidligere vært utsatt for en fornorskingsprosess og forskningsmessige overgrep i form av eksempelvis skallemaalinger, i følge Evjen (2004). Skallemaalningene ble utført av nordmenn for å bevise at den norske befolkning var rasemessig overlegen den samiske. Hele denne prosessen med nedverdigelser på mange plan, medførte for mange at de undergravde sin samiske identitet og ble ”norske”. Foreldrene overførte ikke det samiske språket til sine barn, men brukte språket til ”hjemmebruk” for å samtale om ting som barna ikke skulle forstå. Dette understreker også Eidheim & Stordal (1998) og Johansen (1998). Dermed kom det en ny generasjon som ikke fikk lære seg det samiske språket.

Fornorskningen har bidratt til å uttydeliggjøre de samiske røttene, som igjen har gitt en følelse av at man stammer fra noe som egentlig ikke finnes. Språket var unyttig, måten å leve på var ulønnsom, verdier og tenkesett kolliderte med storsamfunnet, hevder Ballari Johansen, og beskriver hva dette kan gjøre med identiteten:

Det er viktig for alle mennesker å tilhøre noe, ha tilknytning til steder, være medlem av en eller flere grupper. Det å snakke samme språk, forstå de samme tegn og signaler skaper trygghet og gir mening. Man har noen å identifisere seg med og blir forsikret om at vi er den vi tror vi er. Det ”å høre til” er viktig for vår identitet. Når du blir fratatt etnisk tilhørighet og ikke finner trygghet i en annen, forsvinner det meningsfulle og man blir uttrygg og forvirret. Man får et identitetsproblem som kan sette dype spor (1998:99).

I de fleste kystsamiske bygdene var handtering av samisk identitet et ikke-tema, i følge Pedersen og Høgmo (2004). Slik var det også i vår kystsamiske kommune. Vi fikk ikke tilbud om å lære samisk i skolen på 1970-tallet. Det var i det hele tatt ikke et tema. Ingen tilkjennega sin samiske identitet. På den måten kunne de leve med den kulturelle smerten stigmatisert identitet påførte dem i følge Pedersen og Høgmo (2004). Det samiske språket ble undertrykt. Det var det norske språket som ble verdsatt og alle ville være så norske som mulig for ikke å

bli sett ned på. Det var etnosentrisme¹ i forhold til den norske kulturen. I følge Tronvoll m.fl (2004) tar mennesker vanligvis for gitt sin egen kulturs holdninger, og har en tendens til å tolke det vi ser ut fra egne verdier og målestokker som de beste og riktige. I dag har det skjedd en revitalisering av samisk språk- og kultur, vi har kommet så langt at våre barn lærer samisk i skolen. Den generasjon sykepleiere som kommer fra min hjemkommune og som arbeider i sykehjem der i dag, har i liten grad fått lære det samiske språket i oppveksten, noe også Pedersen & Høgmo (2004) bekrefter.

Den eldre generasjonen som nå er innlagt på sykehjemmet er i hovedsak født mellom 1910 og 1930. Hvis noen av personene fra denne generasjonen blir rammet av demenssykdom klarer de ikke lengre å skjule for omverdenen sin samiske identitet. De vokste som sagt opp med samisk som morsmål og lærte seg alle de ferdigheter som kjennetegner den kystsamiske kulturen, skriver Bjørklund (1986). Men de lærte også at i det norske samfunnet var det ikke rom for slike ferdigheter. I voksen alder fikk de erfare at det i hovedsak bare var norske ferdigheter som ble verdsatt. Det var norsk språk og norske skikker som var forutsetningen for å kunne delta i det meste av samfunnslivet. Bjørklund skriver videre at denne erfaringen tok de med seg inn i ekteskapet da de giftet seg engang i 1930-årene. De fikk barn og oppdro barna i samsvar med de krav som de antok ble stilt i det norske samfunnet. De forsøkte å lære barna norsk så godt som mulig.

2.2 Særegne samiske og nord - norske kulturtrekk i en kystkommune.

Det er vanskelig å definere en kultur. I en hver kultur bør en vise respekt for en annen kultur, slik at man ikke trenger å fremstå med en annen identitet² enn ens egen, som for eksempel å opptre som norsk for å bli respektert, selv om en er same. Moe og Tronvoll (2004) skriver at til tross for kulturforskjeller har samer i dag store likheter med nordmenn, men det betyr ikke at ulikhetene bør usynliggjøres:

¹ Betyr å bruke felles målestokk for å vurdere alle samfunn. Man vurderer andre samfunn ut i fra sitt eget. De andre vil framstå som mindreverdige. Kort sagt handler det om hvorvidt det er mulig å si at en kultur gir en bedre levemåte enn en annen kultur gjør (<http://no.wikipedia.org/wiki/Etnosentrisme>).

² Identitet forstås da som et kulturelt og psykologisk uttrykk for det som en person, organisasjon eller gruppe oppfatter seg selv som, eller av andre oppfattes som. Betegner da hva en person føler tilhørighet til. Språket forteller om ens identitet. Identiteten er "den jeg er" og viser "hvem jeg er". (<http://www.fsnielsen.com/txt/art/identitet.htm>)

Mange profesjonelle lar likheten bety at alle behandles likt. Da mangler de profesjonelle blick for kulturforskjeller. Å ha et dødt blick for kulturforskjeller innebærer å overse eller benekte disse forskjellene, og dermed gjøre de ikke-gjeldende. Dette er usynliggjøring som er en kjent hersketeknikk. Når viktige forhold og verdier i et menneskets liv gjøres usynlig vil det være nedverdiggende og ydmykende for den det angår (Moe og Tronvoll, 2004:211).

I følge NOU (1995) står det sjøsamiske samfunnet i nord - Troms på mange måter i en særstilling. Den samiske kulturen i regionen har i lang tid manglet mange av de ytre kulturtrekk som markerer at du er same utad, som for eksempel kofte og annen klestradisjon. Kofta gikk ut av bruk allerede på 1890- tallet, og det ble tatt i bruk norske klær, som regel med visse samiske snitt og fargebruk. I den senere tid er den gamle sjøsamekofta (Lyngenkofta) blitt rekonstruert, og ble tatt i bruk igjen i 1995. Arbeidsboken for Lyngenkofta ble utgitt i 1997³.

Mangelen på de samiske kulturtrekkene i kommunen har nok også sammenheng med det som skjedde under andre verdenskrig. I nord- Troms og Finnmark brente tyskerne alt som var av gammer, hus, fjøs og andre materielle ting, og de fleste samiske minnesmerker ble dermed borte under krigen i vår kystkommune. Det eneste som ble igjen var et sparsomt utvalg av klær og fottøy, som den enkelte fikk bringe med seg da de ble evakuert sørover. Det var svært begrenset hvor mye hver enkelt fikk ta med seg om bord i båten som ble brukt som fraktmiddel under evakueringen. Bjørklund m.fl (2000) hevder at den tyske raseringen i nord fikk store konsekvenser for samisk kultur. Han skriver at det samiske materielle grunnlaget som ble borte under andre verdenskrig skulle få konsekvenser for hvordan folk forholdt seg til sin samiske tilhørighet i framtiden. Etter krigen satte fornorskningen inn for fullt med gjenreisninga, i følge Bjørklund m fl. (2000), hvor standardiserte norske A4 hus ble erstattet med de boligene som var brent under krigen. I fremtiden som lå foran dem var det nå liten plass for den samiske fortida. Dessuten var det svært lite igjen i folks omgivelser som kunne minne dem om denne tiden.

Fornorskingsprosessen og andre verdenskrig har med andre ord medført at den kulturelle grensen i forhold til den norske, kan oppleves ganske flytende. Både i den nord- norske

³ Et hefte som beskriver forhistorien til Lyngenkofta og hvordan man lager Lyngenkofta. Inneholder flotte illustrasjoner og bilder. Dette er et hefte for den som vil sy kofte selv, men også for andre som er interessert i Lyngenkofta (<http://www.vuonan.no/layout/set/print/lyngenkofta>).

kulturen og i den samiske kulturen, har en sine egne kulturelle måter å leve på. Noen av særegenhetene kan man betegne som typiske for den samiske kulturen, mens andre kulturelle særegenheter kan man betegne som nord- norske eller både samiske og nord- norske på grunn av likhetstekkene. I alle nord- norske bygdesamfunn har også den samiske kulturen rotfeste i større eller mindre grad (NOU 1995:6). Jeg vil forsøke å tydeliggjøre noen av disse livsmulighetene i både samisk og nord- norsk kultur gjennom mine enkle beskrivelser av: Eldre sin plass i det samiske samfunnet, storfamilien, samhold, overtro, blåsere, gjestfrihet og dialekten.

2.2.1 Eldre sin plass i det samiske samfunnet

Det har vært vanlig i den samiske kulturen at de eldre stadig blir sett opp til og blir spurt om råd og hjelp av de unge. Det er en kjensgjerning at de eldste kan og vet mer enn de unge på grunn av den livserfaringen de har tilegnet seg gjennom et langt liv. I NOU (1995:6) bekrefter de dette og hevder at den samiske familien og ansvarsfordelingen mellom familiemedlemmene har tradisjonelt vært annerledes enn i de ikke-samiske familiene i Norge. I den samiske kulturen har den yngre generasjonen i stor grad hatt mye respekt for de eldre, og for deres kunnskaper om forholdet mellom mennesker, dyr og natur. De eldre har vært vant med dette, og vil selv ønske å følge de uskrevne reglene for atferd som de selv har vært opplært til og som gjelder i deres miljø. De eldre har med andre ord som regel en tradisjonelt høy status i forhold til de unge (NOU 1995:6).

Minde (2004) bekrefter også at de eldre samene ofte fremstår som rollemodeller for de yngre. Dermed er de bærere av en livsanskuelse og verdier som ligger langt tilbake i tid skriver hun. I den norske kulturen kan det noen ganger gjenspeile seg en negativ holdning til de eldre. I en studie om å bevare selvaktelsen som sykehjemspasient hevder Delvik (2005) at eldre mennesker i det norske samfunnet noen ganger er gjenstand for en type diskriminering, som hun kaller ”alderisme”, og som er en nedverdiggende holdning til eldre personer på grunn av deres alder. Men selv om litteraturen viser at det er en større grad av nedverdiggende holdning for de eldre i det norske samfunnet enn i det samiske samfunnet, kan en heller ikke utelukke at det kan forekomme unntaksvis nedverdiggende holdning av de eldre også i det samiske samfunnet. Det forekommer selvfølgelig også i det norske samfunnet at de eldre noen ganger blir sett opp til.

2.2.2 Storfamilien

I den samiske kulturen er det ofte storfamilien som er gjeldende, i motsetning til kjernefamilien i den norske kulturen (Gustavsen 1990, Henriksen 2004). Familien og slekten betyr som regel mye for det samiske folket. Det å være i slekt vil også si tilhørighet til hverandre. Henriksen (2004) skriver at slektskap handler i stor grad om å vise solidaritet og omsorg, og ha sosial kontroll. Slekt og naboer bryr seg vanligvis om hverandre og passer på hverandre. Hvis for eksempel lyset ikke blir slått på hos den enslige naboen to kvelder på rad og hvis han strengt tatt skulle vært hjemme, undersøkes det som regel om det er noe galt som har skjedd. Slik blir hjelpen og nettverket bedre for den enkelte. Naboskap skaper dermed trygghet (Henriksen 2004). Vi kjenner også igjen lignende fenomen fra lokale småsamfunn i Nord- Norge der naboer tar vare på hverandre og passer på hverandre i større grad, fordi folk kjenner hverandre godt og har hatt kjennskap til hverandre over tid.

I den samiske kulturen utgjør familien i stor grad referanserammen for den enkelte persons emosjonelle og sosiale utvikling. Individet har sin identitet gjennom slekten, og familien gir som oftest en opplevelse av tilhørighet (Hanssen 1995, Henriksen 2004). Familien og slekten danner grunnlaget for sosialt fellesskap og organiserer tradisjonelt samarbeidet i det samiske samfunnet. Innenfor den samiske tradisjon opplever de fleste et ansvar overfor og samhörighet med sine slektninger (Hanssen 1995).

Familie- og slektsrelasjoner tillegges hos de fleste en viktig betydning i det samiske samfunnet, og familiebånd virker lengre ut i slekta enn hos mange nordmenn viser NOU (1995), Olsen & Eide (1999), Henriksen (2004) og Minde (2004). Dette danner storfamilien. I den samiske kulturen stiller en i større grad opp for hverandre ved sykdom eller hvis en trenger en hjelpende hånd. Helse og individ blir derfor ofte ikke bare et privat anliggende, men også fellesskapets anliggende, i følge Gustavsen (1990). Men selv om Gustavsen (1990) skriver om privat og fellesskapets anliggende i den samiske kulturen i denne sammenheng, vil det ikke være slik at helse og individ bare er et privat anliggende i den norske kulturen. Men spørsmål om helse og individ vil i den norske kulturen være litt mer privat enn i den samiske og nord- norske kulturen. I den norske kulturen er det ikke i like stor grad vanlig å involvere så mange personer i egne personlige anliggende.

Jeg vil trekke linjer mellom den samiske, pakistanske og japanske kulturen når det gjelder synet på eldre. Moen (2005) skriver at samholdet i den pakistanske flergenerasjonsfamilien,

generasjonskontakten og storfamilien ser fortsatt ut til å være tett, selv om en del eldre og yngre bor hver for seg. Hun hevder at det er stor gjensidighet i omsorgen, der det finnes en uformell kontrakt som varer så lenge foreldrene lever, om at barna skal ta seg av foreldrene. De eldre har en sterk posisjon i islam, og forventninger til omsorg for eldre har en solid forankring i den pakistanske familien. Det medfører skam å ikke påta seg dette ansvaret, og det får konsekvenser for familiens ære. Dette gjelder også i japanske familier, der man bidrar til å opprettholde solidaritet basert på gjensidig avhengighet mellom generasjonene, i følge Moen (2005). Jeg ser likhetstrekk mellom den samiske kulturen og disse kulturene når det gjelder storfamilien og samholdet, samt respekten for de eldre, selv om dette utøves i ulik grad i de forskjellige kulturene.

2.2.3 Samhold

I det samiske samfunnet og i mange bygdesamfunn i Nord-Norge bryr vi oss ofte om hverandre på godt og vondt. De fleste tingene som rører seg på bygda vet de fleste om, og blir ofte diskutert og analysert når folk drar på besøk til hverandre. På den måten spres nyhetene raskt. Det kan høres negativt ut at folk i bygda bryr seg om hva andre gjør, men det behøver ikke å være bare negativt. Det er en del av tilhørigheten og fellesskapet. Å diskutere hendelser kan være en form for terapi for å komme seg videre. I stedet for å bruke psykolog, kan fellesskapet i mange sammenhenger gjøre samme nytten. Slik støtter man opp om hverandre, og det å hjelpe hverandre er ofte en selvfølge. I følge Henriksen (2004) kalles et slikt fellesskap for det uformelle nettverket. Han skriver at det uformelle nettverket har en gjensidig og hyppig kommunikasjon som er et grunnlag for involvering. Henriksen (2004) henviser til Kemi som i sin studie hadde funnet at hennes informanter opplevde at det uformelle nettverket gav dem det hun kaller praktisk hjelp. I for eksempel krisesituasjoner er dette noe av den viktigste hjelpen (Henriksen 2004).

2.2.4 Overtro

Troen på det overnaturlige får ofte forrang i den samiske kulturen, før man tenker på en logisk årsak til det som oppleves som vanskelig å forstå eller forklare (Gustavsen 1990). I den norske kulturen er det ofte motsatt. Der har logikk som regel forrang i følge Gustavsen (1990). Han beskriver at en av polariseringene som kan være til stede i den samiske kulturen versus den norske kulturen, er livskraft versus årsak/virkning.

Antonsen refererer til det Thomassen skrev i 1896 om samenes overtro (1999:122) ”Når jeg i dette avsnitt kommer til å meddele noe om lappenes overtro, så skal det ikke forstås derhen, at samtlige lapper er overtroiske personer. Riktignok er en del, og særlig noen, særdeles overtroiske”. I boken ”lappenes forhold” gjengir Antonsen (1999) mange eksempler på overtro nedskrevet av Thomassen, og mange av disse er gjeldende også i dag, fordi dette er en kulturarv som har blitt overført i generasjoner. Jeg vil spesielt ta med ett eksempel på overtro som jeg kjenner igjen fra min egen hverdag. En av mine nærmeste slektninger utførte denne handlingen til mine barn da de var nyfødte: I vuggene til nyfødte barn brukes en salmebok eller en annen gudelig bok. Denne settes under madrassen til den lille. Nevnte bok skal tjene som verge for barnet, inntil barnet er døpt og stadfestet. En av grunnene skal også visstnok være i følge Thomassen (1896) og Mathisen (1987) en beskyttelse mot at barnet blir bortbyttet av underjordiske.

2.2.5 Blåsere

”Blåsere” eller ”lesere” blir ofte brukt i første instans for å kurere sykdom eller smerte i den samiske kulturen, men blir også brukt til å kurere for eksempel redsel. Mathisen (1987), Hanssen (1995) og Olsen & Eide (1999) forklarer ”lesing” som å framsi en religiøs bønn om helbredelse av en konkret plage, sykdom eller lidelse. ”Leseren” har medfødte evner for å helbrede. Han eller hun har vanligvis et tabu imot betaling eller takk for utøvelsen. Disse ”lesekunnskapene” er hemmelige og går i arv fra eldre til yngre personer som har nær tilknytning til hverandre. I lokalsamfunnet vet de fleste hvem som er ”lesere”, men det blir helst ikke snakket åpent om det. I det nord-norske samfunnet blir det også benyttet alternativ medisin (Mathisen 1987, Hanssen 1995 og Olsen & Eide 1999). I rapporten til Olsen & Eide (1999) kom de via deres informanter fram til at fenomenet blåsing/lesing eksisterer både blant nordmenn og samer, men det kan virke som det er mer utbredt i den samiske kulturen (Olsen & Eide 1999). Dette omtaler også Nymo (2004). NOU 1995:6 sier at ”den samiske måten” å kommunisere på, er en mer indirekte og sirkelformet måte enn helsevesenets direkte, rett på sak og realitetsorienterte modell.

I India har en også helbredelsestradisjoner hvor sykdommen forklares med det mystiske og overnaturlige, i følge Austveg (1994). Denne tradisjonen setter menneskets forhold til hverandre i sentrum. Austveg henviser i denne forbindelse til Kakar som er en indisk

psykolog og psykoanalytiker. Kakar har foretatt analyse av de indiske helbredelsestradisjonene og skriver at det er mange tradisjoner som operer side om side. Noen av disse er naturalistiske⁴ og et eksempel er *Ayurveda*⁵ der mennesket eksisterer i en likevekt med de elementene som hele universet er bygd opp av. Denne og andre av de indiske helbredelsestradisjonene kan ha noen likhetstrekk med den samiske helbredelsestradisjonen i rammen rundt tradisjonen, der mennesket står i pakt med naturen, og det mystiske og overnaturlige er en stor del av tradisjonen. Men likevel vil det være store forskjeller hvis en går i dybden og ser på selve innholdet, da innholdet vil være et resultat av den enkelte kulturen.

2.2.6 Gjestfrihet

I den samiske kulturen og i små nord- norske samfunn der innbyggerne kjenner hverandre godt, er det vanlig å vise gjestfrihet også overfor fremmede, kjente og venner (Hanssen 1995). Oftest samles flere besøkende i en stue for sosialt samvær. Det trenges vanligvis ikke innbydelse for å komme på besøk. Dette skjer som regel spontant i følge Hanssen (1995). De fleste ganger blir det servert kaffe og kaker til besøkende og mange koker som regel litt ekstra middagsmat i tilfelle det kommer besøk under middagen. En kan da invitere besøkende til å spise middag sammen med familien (Balto 1997).

Det som er spesielt er at en som regel ikke har ringeklokke på døra. I det samiske samfunnet kommer mange uanmeldt. Du trenger vanligvis ikke å være en nær venn for å komme uanmeldt. Hanssen (1995) bekrefter at den samiske omgangsformen er spontan og uformell. Balto (1997) skriver at i den samiske kulturen er det ofte slik at en vil ha et åpent hus, og selv om folk kommer og går er det en avslappet atmosfære i huset. I følge Hanssen (1995) forventes det at en ”stikker innom” til daglig, og det er i stor grad rom for å være seg selv i sosiale sammenhenger. Hanssen (1995) hevder videre at hvis en person for eksempel er i et umeddelstomt lune, er det fullt ut tillatt å sette seg ned med en avis eller et ukeblad uten å si noe. Taushet og stillhet oppfattes oftest verken som noe negativt eller som noe truende i følge Hanssen (1995).

⁴ Det vil si at de tar utgangspunkt i mennesket som et biologisk individ med først og fremst biologiske behov, (Austveg 1994).

⁵ Den mest berømte tradisjon innen naturalistisk retning. Denne tradisjonen er knyttet til hinduismen, men det er det biologiske og ikke det metafysiske som er grunnleggende, (Austveg1994).

2.2.7 Dialekten

Det samiske språket gjenspeiler seg i den norske dialekten, og skriftspråket i dette lokalsamfunnet. I det norske språket har en ofte samisk ordstilling når en snakker og skriver (Johansen 2007). Den samiske ordstillingen er litt annerledes enn den norske. På samisk sier en ”Mus lea girji, som på norsk betyr ”jeg har en bok”. Direkte oversatt til norsk fra samisk blir det ”hos meg er en bok”. Denne ordstillingen gjenspeiler seg i den norske dialekten i samiske områder, hvor også det området hvor jeg har gjennomført intervjuene er inkludert. I tillegg brukes det mange samiske ord som er flettet inn i det norske språket (Johansen 2007). En er som regel ikke selv oppmerksom på dette før en møter mennesker som ikke forstår hva disse ordene betyr. Johansen (2007) har i sin mastergradsoppgave gjort feltarbeid i dette lokalsamfunnet om språk og identitet. Hun fant da at det her blir brukt talemåten etnolekt som er å anse som et fullverdig språkssystem, på lik linje med dialekt. Hun beskriver et etnolekt som en talemåte som har utviklet seg i møtet mellom ulike språk, der majoritetsspråket er norsk sammen med ett eller flere minoritetsspråk som samisk og kvensk.

2.3 Synliggjøring av samisk kultur i kommunen

I dette området i nord-Troms har den samiske kulturen, og kulturforskjellene i stadig sterkere grad de senere årene blitt synliggjort i forskjellige kontekster. Eksempelvis produksjon og markedsføring av Manndalsgrena,⁶ annen Duodji⁷, Aja samisk språksenter med sjøsamiske matskikker, arkitektur og den årlige Riddu Riddu festivalen. Riddu Riddu festivalen er en urfolksfestival som ble stiftet av sjøsamiske ungdommer tidlig på 1990-tallet. Videre er det innført samisk språk og samiskopplæring i alle skolene og barnehagene i kommunen, samisk skilting på veier og offentlige bygg, og som tidligere nevnt rekonstrueringen av Lyngenkofta. I NOU (1995) hevder de at i den pågående revitaliseringsprosessen, og særlig der kulturforskjellene er små, er det viktig at den samiske kulturen og tradisjonen blir vedlikeholdt.

⁶ Sjøsamisk ullgrene av hjemspunnet og plantefarget garn som i dag brukes som veggpryd

⁷ Samisk husflid og er et samlebegrep for alt skapende samisk håndverk. Duodjiprodukter som samekofte, tinntrådbrodering og kniv gir ofte signaler om både ferdigheter, kulturforståelse, status og tilhørighet. NOU(1995)



Bildet viser sjøsmeungdom i Lyngekoster. Postkort. Utgitt av Riddu Riddu Festivála 2002 i samarbeid med Kåfjord kulturskole.

3.0 DEMENSSYKDOM OG DEMENSUTVIKLING

Til nå i den teoretiske referanserammen har jeg klargjort en del av kulturen og språkbakgrunnen til de samiske pasientene med en demenssykdom. Det vil derfor være viktig å presentere teori/forskning omkring demenssykdom og demensutviklingen i dette kapittelet.

Å være en person som har en demenssykdom, betyr å tilhøre de svakeste av de svake i vårt samfunn, skriver Normann (2001). Han hevder at som personer er vi alle avhengige av hverandre, mens en person med en moderat eller alvorlig demenssykdom er i en spesiell avhengighetssituasjon fordi personen trenger hjelp til nesten alle livets aktiviteter. Dette underbygger det jeg innledningsvis i oppgaven skriver om at de pasientene jeg har satt søkelyset på er sårbare pasienter, også på grunn av sin demenssykdom. De har behov for ekstra omsorg og oppfølging av sitt nettverk og av helsepersonell.

Mange eldre rammes av demenssykdom. Demenssykdommene handler om enkeltmenneskets skjebne, så vel som familiers og pårørendes opplevelser og erfaringer. Om vi regner med de nærmeste pårørende, er minst 250 000 mennesker berørt av demenssykdommer (<http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Vedlegg/Planer/Demensplan2015.pdf>).

Demenssykdommer medfører mentalt svikt,⁸ følelsesmessige forandringer⁹, nevrologiske forandringer¹⁰ og allmenne symptomer¹¹ på grunn av generell aldring i følge Solheim (1996). Hun skriver at diagnostisering kan være vanskelig, fordi atferdsmessig kan tilstandene være like, men årsaken til symptomene forskjellige. Solheim (1996) påpeker at forskning viser at de symptomer en ser ved aldersdemens skyldes hjerneorganisk skade eller sykdom. Dette kan forekomme på forskjellige steder i hjernen, og fører derfor til forskjellige typer svikt som vises ved endret atferd hos pasienten.

Demens har ofte et progressivt forløp (Solheim 1996, Blom & Dujinstee 1999). Det vil si at det er forskjellige stadier i demensutviklingen, og at tilstanden forverres i mer langkommende

⁸ Også kalt kognitiv svikt, eks: Redusert oppmerksomhetsevne, hukommelse og innlæringsevne. Språkproblemer, intellektuell svikt, neglekt (nedsatt oppmerksomhet for stimulering fra den ene siden av kroppen) og svikt av forståelse og handling i rom (orienteringsevne). (Solheim 1996).

⁹ Eksempelvis: tretthet, angst, depresjon. Tidligere personlighetstrekk kan bli forsterket. (Solheim 1996).

¹⁰ Eksempelvis: Stivhet, koordinatforstyrrelser (problemer med å samhandle ben og hender til finere og nøyaktigere bevegelser), falltendenser og balansesvikt, inkontinensproblemer (ufrivillig avgang av urin og /eller avføring (Solheim 1996).

¹¹ Tiltakende svekkelse av allmenntilstanden med infeksjoner, decubitus (liggesår) m.m. (Solheim 1996).

stadier av demensutviklingen. Blom & Dujinstee (1999) hevder at uansett hvilken demenstype det dreier seg om vil det i de tidligere stadiene først og fremst være hukommelsesevnen som rammes, og dernest vil også pasientens sosiale atferd forandre seg.

Demenssykdom vil si å ha problemer med å omgås seg selv, andre og verden rundt seg (Hansebo & Kihlgren 2002). Evnen til å bruke språket blir etter hvert dårligere hos mange fordi ordene er glemt eller at forståelsen av ordenes innhold forsvinner, i følge Skarstein (1994). Hun skriver videre at når pasienten ikke lengre klarer å ivareta sin egen personlige hygiene og ikke finner toalettet ved egen hjelp, blir ofte institusjonstilværelsen en realitet.

Hansebo & Kihlgren (2002) har gjort en studie i Sverige ved en avdeling for personer med demenssykdom. Det ble fokusert på hvordan pleiere og deres samhandling med pasientene var i forskjellige pleiesituasjoner på grunn av pasientens sårbarhet og avhengighet. Studien viste at det var en vanskelig balanse for å oppnå gjensidig nærhet. Forskjellige innfallsvinkler med store variasjoner viste seg i pleiernes samhandling for å innrette seg etter pasientens handlinger og reaksjoner. Det var positive situasjoner hvor pleierne møtte pasienten som en likeverdig person med kompetanse, på tross av pasientens flokete adferd på grunn av demenssykdommen. Pleierne forsøkte å fremme pasientens egne ressurser. Pleierne var motiverte for samarbeid og viste respekt for den unike personen. Som en kontrast ble negative sykepleiersituasjoner karakterisert via oppdelte og pliktrelaterte samhandlinger, hvor pasienten ble sett på som en gjenstand. Dette viste seg ved at pleieren skiftet emne i samtalen, eller snakket om mer enn et tema. Noen ganger ga pleieren flere instruksjoner på en gang til pasienten, noe som førte til at pasienten ble forvirret og ikke klarte å forstå instruksene som ble gitt.

Hansebo & Kihlgren (2002) hevder videre at pleie til personer som har demenssykdom er en utfordrende, ofte utmattende oppgave for omsorgspersoner, enten dette er familie eller fagpersoner. Pleie til personer med demenssykdom krever mye tid og ressurser fra pleierne og økende grad av demenssykdommer vil sannsynligvis forekomme i sykehjem i framtiden (Hansebo & Kihlgren 2002). Dette er en av de største omsorgsutfordringene vi står overfor på grunn av blant annet økt levealder hevder de i demensplan 2015 "Den gode dagen". Her fremkommer det at dersom antall demenssykdommer holder seg på dagens nivå, vil antall personer med demenssykdom være fordoblet til om lag 135 000 innen år 2040 (<http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Vedlegg/Planer/Demensplan2015.pdf>).

En annen studie som er gjort i Sverige av Rundqist & Severinsson (1999) beskriver pleiernes forhold til pasienter med demenssykdom og er basert på intervju gjort med seks pleiere på en avdeling for pasienter med alvorlig demenssykdom. I denne studien kom de fram til noen spesielt viktige hovedfaktorer for en god kommunikasjon mellom sykepleiere og pasienter med demenssykdom. Disse faktorene var: Berøring, gjensidig bekreftelse og pleiernes verdier som kom til uttrykk i pleiekulturen i avdelingen. De konkluderte med at kommunikasjonsferdigheter var av stor betydning i en avdeling der det var pasienter med alvorlig demenssykdom. I følge Skarstein (1994) vil det ved demenssykdom ofte foreligge språkproblemer. Tradisjonelt har en delt språkvansker som følge av hjerneskade (afasi), i tre hovedgrupper: *motorisk afasi*- vansker med å snakke i hele setninger. *Sensorisk afasi*- vansker med å forstå hva andre sier, eller med å forstå skrift. *Anomisk afasi*- vansker med benevnningen.

Rundqist og Severinsson (1999) henviser til Markussons som påpeker noen av vanskelighetene ved å gi pleie til pasienter med alvorlig demenssykdom. Problemene til pleieren er i noen tilfeller manglende evne til kommunikasjon og dermed manglende forståelse for pasientens ønsker og ansiktsuttrykk. Demenssykdommen har forskjellige symptomer. Sykdommen inkluderer blant annet tap av intellektuelle funksjoner, hukommelse og hva som er viktig i dagliglivet. Tre forskjellige nivåer av demens berører pleieforholdet: Mild demens, hvor pasienten er i stand til å ta vare på seg selv; moderat demens, hvor pasienten trenger tilsyn hver dag og alvorlig demens hvor det er et konstant behov for pleie.

4.0 MATERIALE OG METODE

Jeg vil i det følgende klargjøre hvordan jeg har gått frem i mitt prosjekt for å kunne gi svar på den problemstillingen jeg reiser i oppgaven.

4.1 Valg av metode

Jeg valgte *kvalitativ* metode for å kunne få muligheten til å få tilgang til informantenes opplevelser og erfaringer. Jeg kunne ved hjelp av kvalitativ metode forsøke å forstå og reflektere over disse erfaringene, og i følge Hellevik (2003) å oppfatte et mønster i det mangfold av sanseinntrykk en mottar. Thornquist skriver om kvalitativ forskning:

Det fremholdes at målet med kvalitativ forskning er å komme frem til dybdekunnskap og få helhetlig forståelse av få enheter (2003:202).

4.1.1 Kvalitativ metode

Jeg valgte en kvalitativ metode ut fra ønsket om å få frem etnisk norske sykepleieres erfaringer og utfordringer i møte med pasienter som er samiske og som har en demensdiagnose, for på denne måten å kunne bringe frem ny kunnskap på dette området. Det vitenskapsteoretiske grunnlaget vil da være knyttet til en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming.

Kvalitativ metode har som mål forståelse snarere enn forklaring, og dette er den metoden som passer best i forhold til min problemstilling. Malterud (2003) beskriver at kvalitativ metode går ut på tekstanalyse, hvor blant annet menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) inngår. Tolkningen av teksten skjer i tråd med en fenomenologisk tradisjon. Den bringer frem dybdekunnskap og helhetlig forståelse. Nettopp derfor valgte jeg å bruke denne metoden i min oppgave. Nærheten til feltet gjennom en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming ble sentral i min forskning.

Jeg ønsket innsikt gjennom muntlig samtale med sykepleierne for å få vite mer om deres erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger. Jeg vil blant annet tematisere rundt etiske problemstillinger når det gjelder gjensidig forståelse mellom den samiske pasienten som har en demenssykdom og sykepleieren. Jeg vil også tilstrebe en forståelse for hvilke utfordringer dette møtet gir for sykepleierne. Jeg vet av erfaring at samiske kulturytringer ikke bare er det

synlige. Som bærer av kulturen vet jeg at det er ting som ikke uttrykkes bare gjennom språket, men også gjennom våre handlinger, noe som også gjelder i andre kulturer, men uttryksmåtene kan være forskjellige. Det som er spesielt med samisk kultur er nettopp at det ”usynlige” er mer utbredt enn i mange andre kulturer (Hanssen 1995, Gustavsen 1990).

4.2 Fenomenologi og hermeneutikk

Jeg har brukt relevant litteratur for å belyse nærmere hva som ligger i begrepene fenomenologi og hermeneutikk. En fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming er helt sentralt i min forskning.

I sin bok om kvalitative metoder skriver Malterud (2003) at fenomenologi er et omfattende felt innen filosofisk teori, og representerer en forståelsesform der menneskers subjektive erfaringer regnes som gyldig kunnskap. Den fenomenologiske filosofi drøfter betingelser for dette. Slik lesning kan gi viktig innsikt for forskeren som vil bruke menneskelig innsikt til å kartlegge menneskelig erfaring.

Jeg var interessert i å få fram fenomener eller situasjonsbilder i samtale med sykepleierne. Den erfaringen de hadde gjort i sin praksis kunne jeg dra nytte av i min undersøkelse for å kunne besvare min problemstilling. Fenomenologi er en erfaringstradisjon, der oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares for personen. Fenomenologien analyserer og kartlegger hvordan verden konstituerer vår bevissthet. Den kalles derfor ofte for en bevissthetsfilosofi eller konstitusjonsfilosofi, skriver Thornquist (2003)

Fenomenologi klarer seg ikke uten hermeneutikk, hevder Malterud (2003). Dette vil si at fenomenet må tolkes for å kunne forstås og settes inn i sin sammenheng. En bruker hermeneutisk tilnærming for å tolke data som er innsamlet. Dette er neste skritt videre fra den fenomenologiske erfaringstradisjonens posisjon. Hun skriver videre at i hermeneutikken må en videre undersøke erfaringen og få frem hvordan meningen uttrykker seg. Slik vil fenomenologien og hermeneutikken fungere i lag.

De situasjonsbildene jeg dannet meg på bakgrunn av min utskrevne tekst etter intervjusamtalene med sykepleierne, måtte jeg tolke for å skape en bedre forståelse av de mange fenomenene som kom fram i lyset. Jeg tolket og tok fra hverandre enkeltdelene, som

igjen ble satt sammen til en helhet. I dette arbeidet måtte jeg stille mange spørsmål til teksten og fikk nye svar, noe som medførte en korrigert forforståelse og en ny forståelse. Dette brakte meg videre i tolkningsprosessen, og har vært helt nødvendig for å forstå innholdet i de fortellingene sykepleierne har bidratt med. Det er dette arbeidet som kalles den hermeneutiske sirkel, i følge Malterud (2003).

Malterud (2003) hevder også at i kvalitative metoder bruker forskeren både beskrivelser og tolkninger. Enhver beskrivelse er farget av tolkning, og enhver tolkning bygger på beskrivelse. Hermeneutisk erkjennelsestradisjon handler om tolkning av meninger i menneskers uttrykk. Thornquist (2003) hevder at i hermeneutikken drøftes problemer knyttet til vilkårene for forståelse og fortolkning, og hvordan vi skal oppnå gode fortolkninger. Med dette mener hun at hermeneutikk kan hjelpe oss å forstå, hvordan vi forstår og gir verden mening. Gulddal & Møller (1999:10) beskriver hermeneutikken slik:

Hermeneutikken er den filosofiske disiplin, som undersøker og forklarer fortolkningen og forståelsen. Den filosofiske hermeneutikk omhandler forståelsen som den utfolder sig i hele spekteret af menneskelig omgang med verden. Den undersøger med andre ord hva der altid sker, når vi fortolker og forstår.

Nortvedt og Grimen (2004) hevder at det er et poeng i hermeneutikken at mellommenneskelig forståelse også kommer til syne i den sammenheng partene opererer innenfor, og også den forforståelse partene er bærere av. Det betyr at all forståelse formidles innenfor en kulturell og historisk sammenheng som former personenes forståelse av seg selv og andre. Det vil si at med vår forforståelse forstår vi oss selv, og andre.

4.3 Intervju

Til mitt forskningsprosjekt benyttet jeg meg av individuelle intervju med sykepleiere for å få fram erfaringer rundt de tema som problemstillingen reiser. Jeg intervjuet tre sykepleiere. Felles for disse sykepleierne var at de ikke hadde samisk språk- og kulturbakgrunn. Intervjuet bestod ikke av faste oppsatte spørsmål, det vil si en strukturert intervjuguide. Jeg benyttet meg av et semistrukturert intervju (se vedlegg 1), det vil si å utarbeide en intervjuguide rundt sentrale temaer som velges og som kan knyttes til problemstillingen (jf. Hellevik 2002).

4.3.1 Uformelle intervju

Det oppstod interessante momenter i det sykepleierne hadde erfart som trengte ytterligere utdyping. Jeg stilte da spørsmål underveis der hvor jeg undret meg, hvor jeg ønsket utdyping, og der jeg ikke forstod hva sykepleieren egentlig mente. Ut i fra hvordan samtalen forløp kunne jeg be sykepleieren om å utdype bedre. I følge Hellevik (2002) er et intervju med en slik usystematisk presentasjon et uformelt intervju.

Jeg forsøkte å følge informanten under samtalen, mer enn å styre samtalen. Samtidig måtte jeg ha min temaguide i bakhodet slik at de områdene jeg ønsket informanten skulle belyse, ble belyst. Erfaringsytringene kunne komme av seg selv når temaet var presentert. Det var viktig at jeg som intervjuer prøvde å være en god lytter og vise empati, det vil si en evne til å forstå og kunne leve meg inn i informantens erfaringer på deres premisser, noe som understrekes av Malterud (2003). Kaarhus (1999) skriver at selve intervjusituasjonen ikke kan betraktes som en forhåndsdefinert, gitt og statisk størrelse. Situasjonen vil alltid være gjenstand for forhandlinger. Rolleutforming og situasjonsdefinisjon vil gjøres til gjenstand for forhandlinger og omdefineringer. Dette skjer selv i situasjoner hvor samtalepartnerne forholder seg til hverandre i en felles og veletablert kulturell konvensjon. Jeg mener Kaarhus her påpeker at man må være åpen for nye tema som eventuelt måtte komme til underveis i intervjuet. Malterud (2003) skriver at når målet er å gjennomføre en samtale som skal bidra til å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen, er det viktig å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert eller følge den slavisk, og dette hadde jeg i ”bakhodet” da jeg gjennomførte mine intervju. I kvalitative studier er det ikke ønskelig å standardisere intervjusituasjonen.

Intervjuene ble tatt opp på bånd. Når jeg i etterkant lyttet på opptakene, kom jeg frem til at jeg som intervjuer var flinkere til å lytte i det andre og tredje intervjuet enn i det første. Det var erfaringsmessig viktig å ha intervjuet mer enn en gang for å bli en bedre lytter. Den første informanten sa hun gjerne ville hatt fastsatte spørsmål slik at hun kunne svart bedre. Hun satt igjen med en følelse av at hun ikke hadde bidratt med så mye siden hun ikke husket så mange konkrete episoder. Muligens er det årsaken til at jeg i det første intervjuet lyttet mindre og spurte mer. Jeg måtte i større grad styre samtalen for å få svar i forhold til problemstillingen.

De to andre informantene trivdes tydeligvis med denne uformelle intervjusituasjonen og fortalte om mange møter og opplevelser i møte med samiske pasienter som har en

demenssykdom. Alle tre informantene bidro med mye informasjon i forhold til min problemstilling i det de fortalte, og jeg opplevde at jeg fikk rikelig med informasjon, tanker og ikke minst kjennskap til deres holdninger i møte med samiske pasienter og samisk kultur.

4.4 Analyse av data

Intervjuene ble som jeg tidligere har nevnt tatt opp på bånd, og jeg lyttet til disse gjentatte ganger før jeg skrev ut de tre intervjuene i sin helhet, det vil si at jeg skrev ut ordrett det som ble sagt. Deretter skrev jeg sammendrag av hvert intervju for å forsøke å tilegne meg et klarere bilde av innholdet i disse. Først når forskeren selv kan systematisere innholdet, kan vi dele den med andre, i følge Malterud (2003). Sammendragene ble deretter tatt fra hverandre hver for seg og mine egne kommentarer til de opplysningene jeg fikk gjennom hele sammendraget, ble notert fortløpende underveis. Dette er i tråd med Hellevik (2002) sin beskrivelse av kvalitative undersøkelser der vi gjerne kombinerer et intensivt opplegg (få enheter og mange opplysninger om hver enhet) med en usystematisk presentasjon og registrering av data. Jeg la vekt på at opplysningene var så rikholdige som mulig og at den konteksten de inngikk i, kom best mulig fram, for å bevare rikdommen i materialet.

Hvert intervju varte i gjennomsnitt 30 minutter og ble hver på seks sider med tekstmateriale, basert på de områdene for intervjuet som jeg hadde i min intervjuguide. Jeg har sett nøye på hver setning i intervjuet for å finne ut hva sykepleierne sa noe om. Slik kom jeg fram til meningsenheter, kondenserte meningsenheter, kategorier og hovedoverskrift til hvert kapittel. For eksempel, sykepleier 1, meningsenhet: ”*Jeg kan lite om den samiske kulturen, stort sett ingenting, men jeg vet at det er forskjell. Jeg har personlig ikke kommet så mye i kontakt med den samiske kulturen her, eller ingenting egentlig...*” kondensert meningsenhet ble da: Vet det er forskjell på samisk og norsk kultur, men har vært lite eller ikke noe i kontakt med den samiske kulturen. Kategorier ble: Manglende kunnskap om og/eller kjennskap til samisk kultur. Dermed ble første underoverskrift i neste hovedkapittel: Behov for samisk kulturforståelse. Denne formen for analyse som jeg har brukt kaller Graneheim & Lundman (2003) for innholdsanalyse, der man leser intervjuet flere ganger for å få en forståelse av innholdet og sortere i meningsenheter, kondenserte meningsenheter og kategorier. Etter å ha sortert kom jeg fram til syv forskjellige underoverskrifter: ”Behov for samisk kulturforståelse”, ”Sykepleier- og pasient relasjoner”, ”Episoder med utfordringer”, ”Hva var gjeldende under denne generasjons samers oppvekst?”, ”Pårørende/slekta/storfamilien”,

”Behandling av sykdom”, og ”Opplæring i samisk språk og kultur”. Disse har jeg brukt som overskrifter i hoveddelen og drøfter innholdsdelene i intervjuene fra de forskjellige informantene og med støtte i teorien. I følge Malterud (2003) bruker jeg en tverrgående analyse fordi jeg sammenfatter informasjon fra mange forskjellige informanter.

4.5 Forskning i egen kultur

Den samisk-norske kulturen er den kulturen jeg har vokst opp i – og fortsatt bor i. Jeg er utdannet sykepleier og intervjuet mine kollegaer fra min tidligere arbeidsplass. Det diskuteres innen forskning hvorvidt en kan forske i eget felt uten å sperre for et åpent blikk, Malterud (2003). Jeg kunne lett gå i fellen og bli totalt blindet fordi jeg kjente forskningsfeltet så godt. Viktige ting kunne rett og slett bli oversett fordi det var for nært og kjent. Som forsker var jeg nødt til å være bevisst min egen forforståelse når jeg gikk inn i forskningsfeltet. Det var ikke enkelt, men jeg hadde hele tiden i tankene eller i min bevissthet at mine egne erfaringer fra tilsvarende situasjoner som det informantene snakket om, ikke skulle gjøre meg forutinntatt.

4.5.1 Tilgang til forskningsfeltet

Samtidig var det lettere for meg å få tilgang til feltet, nettopp på grunn av mitt kjennskap til arbeidsplassen, kulturen og sykepleieutøvelsen i feltet. Jeg fikk positiv respons på min forespørsel til forskningsfeltet, og avdelingslederen var svært positiv til prosjektet og jeg fikk navn på fire aktuelle informanter som jeg kunne kontakte etter at hun først hadde informert dem om mitt prosjekt. Deretter innhentet jeg informert samtykke hos de sykepleierne som ble mine informanter, og avtalte tid og sted for intervjuet.

Siden jeg tidligere hadde arbeidet ved dette sykehjemmet, var det tre av sykepleierne som kjente meg, og var tidligere kollegaer. Disse tre var meget velvillige og sa at de mer enn gjerne stilte opp for meg, mens den fjerde sykepleieren som ikke kjente meg, nølte mye og var i tvil om hun skulle delta, noe jeg fikk vite via avdelingslederen. Denne sykepleieren var også usikker på om hun hadde noe å bidra med. Jeg tolket hennes usikkerhet med at siden hun ikke kjente meg, ble hun på en måte redd for at intervjuet skulle bli for krevende. Jeg valgte da å utelukke henne, og heller benytte de tre andre informantene som gjerne ville delta. Wadel (1990) skriver at i ”faglivet” må en som oftest være noe annet i tillegg til forsker for å få adgang til feltet. Det stemte i mitt tilfelle. Det kunne synes som at jeg fikk lettere innpass

hos mine tidligere kollegaer siden de kjente meg. Men det kunne også ha medført at jeg under intervjuet kunne tatt ting for gitt i mitt eget tidligere kollegium og også at mine informanter unnlot å fortelle detaljer siden vi var innenfor den samme ”faggruppen”. Jeg arbeidet ved dette sykehjemmet for fire år siden. I denne sammenhengen var jeg bevisst på at det var forskerrollen som var min sentrale rolle.

4.5.2 Forforståelsens ulemper og fordeler

I følge Nortvedt & Grimen (2004) kjennetegnes den kvalitative forskningsmetoden og hermeneutikken av at forforståelsen er sentral for å kunne tolke materialet. Den historiske og kulturelle forforståelsen former forståelsen jeg har av meg selv og andre. Jeg ser at det både var fordeler og ulemper i forhold til å forske i eget fagfelt og kultur. Det var vanskelig å distansere seg og jeg måtte jevnlig minne meg selv om at jeg nå kom inn i feltet som forsker.

Wadel (1990) skriver at når en studerer sin egen kultur, er det lett å ta sosiale og kulturelle forhold for gitt. Samtidig mener jeg at det er viktig å kjenne til kulturen for *virkelig* å forstå.

For å forklare dette nærmere vil jeg gi et reelt eksempel på det. En ”utenfra”, som ikke hadde samisk kulturbakgrunn gikk inn og forsket i den samiske kulturen. Han ønsket å få vite hva det betyr å ha med seg en ”hjelper”, - det vil si han var ute etter min beskrivelse av hva en hjelper gjør. Det ville bli problematisk for meg å sette ord på innholdet i begrepet ”hjelper”, kanskje fordi jeg aldri tidligere hadde behovd å forklare for andre i min kultur betydningen av begrepet og jeg måtte tenke meg godt om før jeg kunne beskrive hva en hjelper er. Det er noe jeg bare *vet* hva betyr, noe jeg gjennom min kultur har visst hele livet. Det er ikke vanlig i denne kulturen å snakke åpent om slike ”overtroiske” ting som for eksempel det å ha en hjelper, kun å forklare fenomenet hvis noen spør. Jeg beskrev det slik; å ha en hjelper vil si å ha en usynlig med seg hele tiden, en som har større visdom enn en selv, en som kan hjelpe i vanskelige situasjoner. Det vil si at en ”hjelper” har flere egenskaper. Hjelperen gir for eksempel både trygghet og ekstra kompetanse. I denne situasjonen kunne jeg ha vært min egen informant. Det vil si at denne kunnskapen er knyttet til meg som individ, via min kultur. Field beskriver hvordan man gjennom egne erfaringer kan være sin egen informant:

In the situation where the researcher has personal experience, it is possible to become, on occasion, one's own expert informant, being able to focus on both what is happening in the group and on one's own response (1989:93).

Paulgaard (1997) hevder at det er et sentralt spørsmål i dagens metoddebatt om det er mulig å distansere seg når man er kjent i forskningsfeltet. Denne debatten har kommet fram i lys av at stadig flere ønsker å forske i sin egen kultur. Jeg måtte være helt bevisst på den kulturelle forforståelsen jeg bærer med meg, slik at jeg kunne forholde meg mest mulig åpen til det informantene fortalte meg. Men ”den lommen” som inneholder min kultur, ble vanskelig å forlate, fordi kulturen bærer jeg med meg. Den er flettet inn i livet mitt fra fødselen av.

Praksisorientering er en av Bourdieus (1999) hovedanliggende. Hvordan forstå sosial og kulturell produksjon og reproduksjon? Han hevder at det kulturelle nedfelles i kroppen. Her står det skrevet inn en livshistorie og som viser våre funksjoner, det vil si en historie eller tradisjon. Dette omtaler han som habitus. Han sier at alle mennesker er utstyrt med habitus. Habitus er innskrevet i kroppen gjennom tidligere erfaringer. Den er ikke selvstyrt, og beror på vane der kroppen er sentrum for erfaring. Måter å føre kroppen på, hvordan vi kler oss, osv. kaller han hexis. Den er mer selvstyrt, men ikke helt. Bourdieu er med andre ord opptatt av hvordan vaner, væremåter, tenking og reaksjoner er avhengig av vår bakgrunn for hvordan vi reagerer. Bourdieu skriver:

Kunnskap er en art som ikke lar seg innføre i et vitende bevissthets utvendige forhold til verden. Aktøren forstår den på en god måte, uten objektiverende distanse, som noe som kommer av seg selv nettopp fordi han er fanget i det, fordi hans kropp er ett med det. Han føler seg hjemme i verden fordi verden også er i ham i form av habitus.
(1999:148)

Det kan være vanskelig for en ”utenfra” – forsker å forstå, og da mener jeg *virkelig* å forstå fenomener eller hendelser som ikke er opplagte i den samiske kulturen. Det kan være alt fra ritualer til troen på utenom-jordiske fenomener og forståelser som er typiske for den samiske kulturen. Det å ikke ha kulturfortroligheten vil altså noen ganger være til hinder for forståelsen. Forskeren må da ta i bruk sin egen forståelse og tolkning. Det vil si at en som kommer utenfra vil nok slite mer med forståelsen av det som skal forstås. Følgende sitat kan illustrere dette:

”Nærhet mellom forsker og informanter når det gjelder biografiske erfaringer, er en fordel for forståelse. Dette har blant annet kommet til uttrykk innenfor den samepolitiske bevegelsen og innenfor kvinneforskningen når kulturfortrolighet sees som en viktig kvalifikasjon i forskningssammenheng” (Paulgaard 1997:74).

Jeg stiller spørsmålstegn ved hvordan jeg kan være i stand til å forstå det som blir sagt under intervjuene hvis jeg ikke skal ta i bruk min forforståelse? Det vil si den lærdommen jeg har tatt til meg gjennom livet - fra spedbarn til voksen, skolegang og livets skole. Paulgaard (1997) sier at kravet om ikke-viten i studier ikke bare blir problematisk, det blir rett og slett umulig. Forståelse innebærer et prinsipp om "oversettelse" på bakgrunn av den forståelsen forskeren sitter inne med. På grunn av min forforståelse kunne jeg for eksempel under intervjuet ane at informanten ikke var helt bevisst på at hun bor og lever midt i den samiske kulturen. Men samtidig var det likevel utelukkende at jeg la mine egne meninger, eller antagelser i temaene som ble tatt opp under intervjuene.

4.5.3 Forsker- i stedet for sykepleierrollen

En av utfordringene var også å være i forskerrollen knyttet til et sted hvor jeg hadde arbeidet som sykepleier. Jeg drev nå forskning i tilknytning til min tidligere arbeidsplass, fordi det her bor samiske pasienter som har demenssykdom. Men også fordi jeg gjennom å intervju sykepleiere i det sykehjemmet hvor jeg tidligere hadde arbeidet, fikk satt fokus på det jeg er opptatt av i min problemstilling. Min tanke var at forhåpentligvis kunne da sykepleierne bli mer bevisst de utfordringene de stod overfor i det daglige arbeidet ovenfor nevnte pasientgruppe.

Under intervjuet satt jeg og lyttet og var tilbakeholden forsker i mine tidligere vante arbeidsomgivelser. Paulgaard (1997) hevder at forskerens subjektive forforståelse kan gjøre en blind for det opplagte. Men blindheten er ikke uhelbredelig. Observasjoner, kommentarer, spørsmål fra fagfeltet og teoretiske modeller kan gi en som er innenfra den distansen som trengs for at forskningen skal bli så god som mulig (Wadel 1990, Paulgaard 1997, Bourdieu 1999, Field 1999 og Malterud 2003).

Forskerrollen ble for meg en helt annerledes rolle enn sykepleierrollen. Under intervjuet måtte jeg huske på at det ikke var mine historier som skulle fortelles, men informantenes. Mine egne meninger om det informantene fortalte om, måtte settes helt til side. Dette klargjorde jeg overfor mine informanter før intervjuet startet, fordi de kjenner meg i sykepleierrollen fra fire år tilbake. Fra mine tidligere kollegaer kunne det ellers ha oppstått forventninger om aktiv deltakelse fra meg i forhold til det de fortalte. Derfor var det viktig å avklare min forskningsrolle på forhånd.

Thornquist (2003) skriver at det alltid vil være blinde flekker uansett hvor du forsker og i forhold til det som utforskes. Det er lettere å forbli ”blind” når vi har felles kunnskaps- og tradisjonsfellesskap. Hun kaller det dobbelthet; på den ene siden forståelsen ved å være kjent i feltet og på den annen side å være blindet på grunn av at vi da tar ting for gitt. Utfordringen vår blir å ikke late som vi er ukjent i feltet, men heller utnytte denne. Samtidig må vi aktivt søke en distanse – å gjøre det kjente fremmed. I forhold til min forskning hadde jeg og intervjuobjektene felles kunnskapsgrunnlag i henhold til sykepleierfaget, men ikke når det gjaldt kulturbakgrunn.

Jeg kunne på grunn av min viten og erfaring innenfor sykepleien anta hvordan tingene var i utgangspunktet. Field (1989) skriver at når situasjonen er for nært kan ting lett bli oversett. Det er en aktuell fallgrube. Det blir en balanse mellom subjektivitet og objektivitet. Jeg mener og tror at jeg ikke gikk i denne fallgruben.

4.6 Forskningsetiske overveielser

Min hensikt var å utøve en ansvarlig forskningsetikk overfor tidligere kollegaer som ville dele med meg sin kunnskap og sine erfaringer. Å åpne seg for andre krever tillit, også som her mellom sykepleier og forsker. Å fortelle om hvordan for eksempel vanskelige faglige dilemmaer noen ganger får et uønsket utfall, er ikke alltid enkelt. Slik jeg ser det, er det større faglige utfordringer for norske sykepleiere i møte med samiske pasienter som har demenssykdom, enn norske pasienter som har samme lidelse. Grunnen til dette er at den samiske tradisjonen noen ganger kan være annerledes enn den norske på mange områder, slik jeg har beskrevet det i pkt 2.2.

Mine data omhandlet erfaringer fra mine kollegaer i møtet med samiske pasienter som har demenssykdom. Informert samtykke ble gitt av alle informantene. Jeg påpekte deres rettigheter slik at de blant annet kunne trekke seg fra studien hvis det var ønskelig, uten at dette skulle få noen negative konsekvenser for dem som sykepleiere eller privatpersoner.

Samtykkeerklæringen ble underskrevet før intervjuet startet. Det kom klart frem av denne hva intervjuet skulle brukes til og i hvilken sammenheng, samt planlagt tidspunkt for ferdigstilling av prosjektet. Det ble informert om at lydbånd og transkriberte intervju skulle

slettes når oppaven var ferdig sensurert, samt at det var klare retningslinjer på at utskrevne intervju anonymiseres og at sitater og beskrivelser fra intervjuene i oppgaven ikke skulle kunne spores tilbake til dem som informanter. Jeg har søkt om og fått tillatelse til å gjennomføre intervjuene fra NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS), se vedlegg 3. NSD følger opp og sørger for at jeg dokumenterer sensureringen av lydbånd og intervju umiddelbart etter at prosjektet er avsluttet.

5.0 FUNN, TOLKNING OG TEORI

Jeg vil i denne delen av oppgaven presentere utsagn fra mine innformanter, samt at jeg med egne ord gjengir informantene, og reflekterer over disse ved hjelp av egne erfaringer og teori. Det jeg presenterer vil være i tråd med min problemstilling, og dermed den utfordringen norske sykepleiere har i møte med samiske pasienter som har en alvorlig demenssykdom og som bor i sykehjem.

Det kom fram mange ulike forhold i det sykepleierne fortalte: Deres forståelse og kjennskap til den samiske kulturen, samt betydningen av å ha kunnskap om forhistorien til samiske pasienter, sykepleiernes relasjoner til nevnte pasientgruppe, der samhandlingen skaper frustrasjoner og sansenes betydning for samhandling og å ta seg tid til å reflektere over samhandling med pasienten. Jeg gjør i denne delen også rede for hvordan sykepleierne valgte flere alternativer til samhandling med den samiske pasienten, og sykepleiernes fortellinger om episoder som var særdeles utfordrende. Videre presenterer jeg pårørende og storfamiliens betydning, samt behandling av sykdom knyttet til samiske pasienter som har demenssykdom og behovet for behandlingsalternativer. Det ble også viktig å få frem fra informantene deres kjennskap til hva som var gjeldende under denne generasjons samers oppvekst, og kommunikasjonens betydning for samhandling mellom den norske sykepleieren og den samiske pasienten med demenssykdom. Til slutt i denne delen presenterer jeg hva de norske sykepleierne mener skal til for å bedre deres relasjoner til de samiske pasientene dette er knyttet til. Samisk språk og kulturoppføring for de norske sykepleierne og hvordan kommunikasjonen ble etter at en av de norske sykepleierne fikk opplæring i samisk språk- og kultur.

5.1 Behov for samisk kulturforståelse

Da vi startet intervjuet presenterte jeg min problemstilling og ba sykepleierne fortelle meg om sine møter i sykehjem med pasienter som hadde samisk bakgrunn. I begynnelsen av intervjuene ble det satt fokus på om den samiske kulturen kunne være annerledes enn den norske, for på denne måten å få kjennskap til de norske sykepleiernes forståelse av den samiske kulturen og dermed også kunnskapen om de samiske pasientene.

Innledningsvis eksemplifiserte jeg dette med et norsk ordtak: ”Den som tier samtykker”. For norske sykepleiere er det lett å tenke sin egen forståelse av uttrykket. I den samiske kulturen

derimot er det slett ikke sikkert at personen samtykker selv om han tier. Det at han tier kan heller være et tegn på at han er uenig. Dermed kan forståelsen av uttrykket lett bli mistolket av den norske sykepleieren.

Eide & Olsen (1999) bekrefter at samme ord og uttrykk kan tillegges ulik meningsinnhold av pasienten og helsevesenet. Partene i relasjonen deler ikke samme erfaring og legger ikke nødvendigvis samme meningsinnhold i de problemene eller symptomene pasienten presenterer.

5.1.1 Sykepleiernes manglende kjennskap til den samiske kulturen

En av sykepleierne, som jeg i min oppgave omtaler som Nora sa at hun kunne lite om den samiske kulturen, stort sett ingenting, men hun visste at den er forskjellig fra den norske. Hun sa at hun personlig ikke hadde kommet så mye i kontakt med den, eller at hun egentlig ikke hadde vært i kontakt med den. Uttrykket ”i den samiske kulturen” hadde hun ikke tenkt på, og om den fantes i hennes omgivelser, mente hun at den skled så naturlig inn at hun ikke hadde lagt merke til den. Nora hadde med andre ord kanskje ikke opplevd at sitt nye bosted hadde andre kulturtradisjoner enn de hun kjente fra tidligere. Eller kunne det hende at hun trodde at disse kulturtradisjonene bare var typisk nord- norske? Jeg vil tro at hun til å begynne med, der og da opplevde flere kulturkollisjoner som hun ikke kunne sette ord på. Hanssen (1995) skriver at når kulturer møtes, vil forventninger og atferd kunne kollidere. Hver kultur har sine egne forventninger om hvordan en skal kle seg, omgås mennesker og så videre. Vi er alle mer eller mindre resultat av den kulturen vi har vokst opp og lever i.

Slik jeg forstår det sykepleieren fortalte, hadde hun fram til gjennomføringen av intervjuet tenkt lite igjennom betydningen av at det finnes både en norsk og en samisk kultur i den samiske kommunen hun bor og arbeider i. Hun hadde ikke registrert at kulturen her kunne være annerledes, det vil si at deler av den samiske kulturen kunne være forskjellig fra den norske, og hadde i liten grad tenkt over at dette kunne ha betydning for forståelsen av pasientuttrykk. Til å begynne med sa hun under intervjuet at hun ikke hadde kommet i kontakt med den samiske kulturen. Jeg lurer da på om det kunne være slik at de samiske pasientene var blitt så fornorsket at det typisk samiske var blitt borte? Men likevel har denne sykepleieren hele tiden vært i kontakt med den samiske kulturen både via arbeidsplassen,

naboer og andre sosiale relasjoner som hun har i nærområdet. Det vil si at hun ikke har tenkt over at hun bor og arbeider i et område hvor også den samiske kulturen er befestet. Kan det ha skjedd fordi den samiske kulturen sklir naturlig inn i hennes omgivelser? Eller er den samiske kulturen i kommunen så utvasket at hun ikke la merke til den?

Jeg synes det er merkelig at sykepleieren ikke var bevisst på at hun befant seg i en samisk kommune, fordi jeg av egen erfaring vet at sykepleierne på sykehjemmet daglig kommer i kontakt med det to-språklige personer, norsk og samisk om hverandre. For eksempel sitter mange av de gamle i gangen ved utgangsdøra slik at de har god kontroll over hvem som kommer og går. Rett som det er kan man høre at noen sier en setning på samisk som. ”Ollo bello lea?, og som på norsk betyr: Hva er klokka? De ansatte eller medpasienter kan da svare på norsk eller samisk. Hanssen (1995) underbygger hvor viktig det er at sykepleieren er bevisst betydning pasientens kulturbakgrunn har for møtet med helsevesenet.

Men selv om sykepleieren til daglig hørte det samiske språket i sin jobb på sykehjemmet, er det ikke sikkert at hun klarte å se så mye av den samiske kulturen. På grunn av fornorskningspolitikken som har vært og kanskje til dels også det at samiske kulturelle verdier i dette området ble brent under krigen, kan man heller ikke inne i sykehjemmet se noe særlig som kan knyttes direkte til samisk kultur, bortsett fra at det ofte serveres matretter fra gammel sjøsamisk tradisjon.

Når det gjelder sjøsamiske mattradisjoner, serveres det i sykehjemmet blant annet blodpølse¹² med grønnsaker og potet, rognbollesuppe¹³, fisk og kjøtt. Gamle sjøsamiske mattradisjoner fra dette området har også vært: Rognkaker av torskerogn, rognklubb av torskerogn og fiskebollesuppe basert på hyse eller sei i følge Kaspersen (1997). Disse tre sistnevnte matrettene har jeg ikke sett servert ved sykehjemmet i de årene jeg arbeidet her. I det sjøsamiske området har det ikke vært vanlig å servere reinkjøtt, men mye fisk og lam/okse kjøtt. Reinkjøtt er mest vanlig i samiske områder på innlandet (Kaspersen 1997, Moe 2001, Moe 2004).

¹² Inneholder blod og talg fra lam. Røren spees med hvetemel, tilsatt krydder.

¹³ Rognbollene lages av torskerogn og tørrkjøtt. Tilsettes i suppe med grønnsaker og potetbiter.

Utendørs har de den siste tiden etablert sansehage ved sykehjemmet, i følge en rapport som er skrevet til kommunen, datert 22.06.07. For å gjøre det mer ”hjemlig” for de samiske og norske beboerne i sykehjemmet, har de ansatte satt fokus på samenes spesielle språk- og kulturbakgrunn, samt den nord-norske kulturen som er gjeldende her, i sansehagen. Sommeren-07 hadde de ansatte ved sykehjemmet kommet langt i sin utarbeidelse av sansehagen. Der har de et eget utedo og bålplass med le-vegger. Der er bygd en sjå, for å ha redskaper i, og lignende. Veiene til sitteplassene er hellebelagt for å gjøre fremkommeligheten lettere også for rullestolbrukere. Der ble sådd plen, plantet rabarbra, ripsbusker og en del stauder. Poteter har de satt nå to år på rad.

Hvis sykepleieren er bevisst sammenhengen mellom kultur, holdninger og atferd som er å finne i alle mennesker, inkludert henne selv, vil hun kunne se kulturelt betingede behov og problemer. Denne kulturelle bevisstgjøringen vil videre kunne få konsekvenser for den sykepleien hun gir, i følge Hanssen (1995). Som sykepleier burde Nora egentlig ha sett denne sammenhengen. Men siden hun ikke var særlig bevisst på at det var kulturelle forskjeller blant pasientene, kunne hun heller ikke se helheten, og den holistiske¹⁴ forståelsen ble dermed svekket.

Nora hevdet at hun ikke hadde vært i kontakt med pasienter som har en demenssykdom og som har gått helt tilbake til det samiske språket. Hun begrunnet sin erfaring med at pasientene bare delvis går tilbake til sitt førstespråk, som i dette tilfellet er samisk. Med det mente hun at de likevel forstod det norske språket, men at de ikke lengre kunne uttrykke seg på norsk. De forstod norsk, men svarte henne på samisk, mente hun. Dette tror jeg kan ha sammenheng med at i demensforløpet klarer ikke den samiske pasienten å ”sortere” hvem av pleierne som forstår norsk eller hvem som forstår samisk. De klarer kanskje heller ikke å ”sortere” hvilket språk de selv bruker når de skal kommunisere med de norske sykepleierne. Ekman (1993) kommer inn på noe av dette i sin studie som omhandler 20 finske pasienter som har demenssykdom og som er pasienter i geriatriske avdelinger, i sykehjem og i omsorgssenter i Stockholm. De flyttet til Sverige i ung alder, og når de utvikler alvorlig demenssykdom, går de tilbake til finsk, som var deres førstespråk. Ekman skriver at et av problemene var at de sykepleierne som kun snakket svensk, ikke alltid forstod pasienten som hadde

¹⁴Å se helheten. Et holistisk syn på mennesket og tilværelsen er et helhetlig menneskesyn. (<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=907>).

demenssykdom, mens pasienten forstod pleierne, men var ikke selv klar over at hun/han svarte på et annet språk, som i dette tilfellet var finsk.

Jeg tror at selv evnen til å uttrykke seg og forstå samisk språk, vil for de samiske pasientene med langkommet demens redusere seg etter hvert. Normann beskriver kommunikasjonssevnene til pasienter som har alvorlig demenssykdom slik i en artikkel i fysioterapeuten:

Toveiskommunikasjon er viktig for å oppnå et likestilt samspill mellom mennesker. Dette kan være vanskelig å oppnå i forhold til personer med alvorlig demens. Etter som demenstilstanden utvikler seg, mister personen gradvis evnen til å kommunisere, både verbalt og kroppslig (1999:15).

I begynnelsen av intervjuet var jeg usikker på hvorfor sykepleieren var så ”blindet” og ikke klarte å fange opp samiske og norske kultur- og språkforskjeller, men bare så den norske kulturen i sine omgivelser. En ting er å se en kultur reflektert i et samfunn, noe annet er å skjønne at en er i et to-språklig samfunn, noe som den aktuelle sykepleieren ikke erkjente, eller hadde reflektert over. Var det uvitenhet om den samiske kulturen eller var det bare ubetenksomhet som gjorde at hun ikke hadde noen tanker rundt det samiske? Men etter hvert som jeg satte søkelys på samiske pasienter, språk og kultur så hadde hun likevel mange erfaringer og episoder som hun kunne fortelle om. Muligens var det å prate om samisk språk og kultur nødvendig for at hun skulle reflektere over sin til nå ”skjulte” kunnskap om temaet. Hun husket for eksempel at hun har vært på kurs via arbeidsplassen, der samisk kultur var temaet. Når hun bare fikk tenkt seg om, og vi fikk snakket sammen en stund, hadde hun mye å bidra med. Hun satt inne med kunnskaper om det samiske som hun ikke selv trodde hun var i besittelse av.

Det er nok ikke alltid enkelt for sykepleieren i en travel hverdag å tenke på at norske og samiske pasienter kan ha forskjellige kulturelle behov og atferd, hvis hun ikke er spesielt bevisst på at pasienter kan handle og uttrykke seg forskjellig på grunn av sin kulturelle bakgrunn. De samiske pasientene med en demenssykdom vil handle ut fra det som er innlært fra barndommen av og gjennom deres kultur. Bourdieu (1999) skriver at det kulturelle nedfelles i kroppen og at vaner, væremåter, tenking og reaksjoner er avhengig av vår bakgrunn. Kompetansen innehar hvert enkelt menneske på bakgrunn av sin habitus. Hanssen (1995) hevder at vi må tilegne oss kunnskaper om andre kulturers måte å kommunisere på, for

å kunne samhandle med pasienter med annen kulturbakgrunn. Det er gjennom slik kunnskap vi kan forstå pasientene og hjelpe dem til å forstå oss, som igjen bidrar til en bedre samhandling mellom sykepleier og pasient.

En annen sykepleier som jeg her kaller Ellen, startet samtalen med å si at hun ikke var samisktalende, men med årene som har gått har hun lært seg enkelte samiske ord. I starten kunne hun ingen ord, og var egentlig ikke til å begynne med klar over at en del mennesker var samisktalende i kommunen. Ellen hadde vært i kommunen ganske lenge før hun ble klar over at samisk var morsmålet for mange. Befolkningen holdt sin samiskhet tett til sitt bryst.

Hun sa videre at utfordringa i forhold til å kommunisere med pasienter med samisk språkbakgrunn kom ofte når de ble rammet av demenssykdom og ble glemsk. Da kom den samiske språk- og kulturbakgrunnen mer og mer frem, og det var da man kom til kort som norsktalende. Det var vanskelig å samhandle med pasienten på grunn av et ukjent språk og kulturell væremåte. Det å skulle hjelpe til med stell av disse pasientene ble problematisk fordi det var vanskelig å forstå både det verbale og nonverbale språket. Det var av stor betydning å tilegne seg kunnskap om at de samiske kvinnene for eksempel sjeldent går kledd i langbukser, men helst kler seg i kjoler, eller skjørt med overdel. Ellen fortalte også at det var viktig for både kvinnene og mennene å pynte seg på søndager, noe som også er befestet i den nord-norske kulturen og da spesielt blant den eldre generasjonen. Det var dermed avgjørende for henne å lære om disse tingene for å forstå hvorfor for eksempel den samiske kvinnen med demenssykdom, reagerte negativt på at Ellen i sin omsorgsrolle som sykepleier, og som kvinne hadde langbukser på seg.

Jeg vil tro at grunnen til at den samiske pasienten med en demenssykdom tillot seg å reagere negativt på at Ellen brukte langbukser, er fordi eldre samer i stor grad innehar respekt fra den yngre generasjonen. Minde (2004) skriver at den eldre generasjonen er vant til at de unge vanligvis tar imot gode råd fra dem, noe som jeg har omtalt i underkapittelet: *Eldre sin plass i det samiske samfunnet*, side 11. Dermed kunne den gamle si ifra at hun ikke syntes noe om at Ellen brukte bukse, som ifølge hennes kulturelle oppdragelse tilhører menn, og samtidig rådet hun Ellen til å heller bruke kjole eller skjørt.

Den tredje sykepleieren Ida, fortalte også at det samiske språket og kulturen her var helt annerledes enn den kulturen hun kom fra. Hun måtte tidlig forsøke å orientere seg for å vite

hva som var gjeldende her og samtidig bli kjent med de nye omgivelsene. Det samiske språket hadde hun ingen kunnskap om og hun klarte ikke alltid å forstå de samiske pasientene. I pleien og omsorgen for de aktuelle pasientene fikk hun problemer med å kommunisere, på grunn av mangel på gjensidig forståelse mellom henne og pasientene. På grunn av dette hadde hun også problemer med å samhandle i situasjoner som for eksempel gjaldt dagligdagse ting som kroppsstell og toalettbesøk.

En kan tenke seg at hvis den samiske pasienten var tørst eller sulten og sa dette på samisk, ville den norske sykepleieren ikke ha forstått hva pasienten sa, med mindre pasienten også var i stand til å uttrykke seg tydelig med kroppsspråket. I riktig vanskelige situasjoner er det ikke sikkert at sykepleieren får forståelse av at pasienten er tørst eller sulten, fordi pasienten ikke lenger klarer å uttrykke seg forståelig via kroppsspråket sitt. Evnen til å bruke kroppsspråket vil også gradvis svekkes på grunn av demenssykdommen. Dette viste seg i en studie som er gjort av Olsen & Eide (1999). De henviser til en episode av en slik karakter som jeg har beskrevet. Eksempelet som blir tatt fram var om en samisk dame som hadde en demenssykdom og som bodde på et sykehjem i Nordland:

Hun ba om vann hele dagen uten å bli forstått, hun snakket bare samisk og ingen forstod henne. Hun var bare i stand til å huske førstespråket sitt som var samisk. Eldre som til stadighet ikke blir forstått kan framstå som "aggressive" og "vanskelige". Det blir her også hevdet at ofte medisineres de eldre på grunn av "vanskelig" atferd, når det egentlig er fremprovosert av en frustrert situasjon av det å hele tiden oppleve å ikke bli forstått. Samisktalende personell kunne fungert forebyggende, og dermed redusert behovet for medisinerings (Olsen & Eide 1999:56).

Her presenterte jeg en episode der det norske helsepersonellet ikke kunne samhandle med den samiske pasienten. De norske sykepleierne i min studie begrunnet hvorfor det var vanskelig å samhandle med de samiske pasienten som har en demenssykdom. De kan misforstå hverandre språklig og kulturelt sett, slik som i denne fortellingen. I det følgende gir jeg to eksempler på hva denne misforståelsen mellom sykepleier og pasient kan ligge i, og hvordan dette kan påvirke samhandlingen mellom sykepleier og pasient.

Misforståelse kan oppstå på grunn av for eksempel troen på det overnaturlige hos den samiske pasienten med demenssykdom, og at den norske sykepleieren ikke kan de kulturelle kodene,¹⁵ for å kunne forstå hvorfor pasienten ter seg som han gjør. For de samiske pasientene med

¹⁵ Med kulturelle koder mener jeg forståelsen og kunnskapen om betydningen av de ting som rører seg, og er gjeldende i en kultur. Som her forståelsen av hva overtro innebærer.

demenssykdom er den samiske kulturen nedfelt i dem fra barndommen av. Deres nedfelte kulturuttrykk vil komme til syne på ulike måter i deres hverdag på sykehjemmet, og da særlig i form av overtro og deres kulturelle måter å oppfatte eller forstå verden på.

Eksempel nummer en: Hvis denne pasienten har en langtkommet demenssykdom og tidligere i livet har vært fisker, kan det hende han går tilbake i tid og tror han er på fiske. Det kan også hende at han tror at hans laken er fiskegarnet. Dette kan oppstå gjentatte ganger i døgnet. I følge Antonsen (1999) beskrev Thomassen i 1889 om overtro i fiskeri, noe som fortsatt er gjeldende for denne generasjonen som er født fra ca 1920. Thomassen beskriver:

Dersom en uvedkommende person anmoder å se og betrakte fiskeredskapen viser man den gjernest ikke; for da mister man sin fiskelykke, idet man tror, at hos enkelte mennesker, selv om de intet ondt kan eller vil ønske til en annen, dog har bahá čalbmi , - ondt øye. Enda mer effektiv virkning har det, hvis en sådan persons hånd får komme i berørelse med fiskeredskapen (1999:129).

Hvis så sykepleieren kommer inn og ser det som pasienten tror er fiskeredskapet hans og kanskje attpåtil tar i ”fiskeredskapet” (lakenet) så vil han på grunn av sin overtro mest sannsynlig reagere på det. Sykepleieren som ikke har innsikt i denne overtroen vil da få problemer med å forstå hvorfor pasientene reagerer som han gjør. Jeg mener ikke at enhver sykepleier nødvendigvis skal ha innsikt i betydningen av overtroen, men det er viktig å vite at pasienten reagerer som han gjør på grunn av sin overtro som er gjeldende i hans kultur.

Jeg mener det er av stor betydning at sykepleieren forstår hva det er ved den samiske kulturen som det er spesielt viktig å være oppmerksom på i forhold pasientene med demenssykdom. Mange misforståelser og mistolkninger kan dermed unngås.

Eksempel nummer to: For den samiske pasienten er det ofte ikke uten betydning hvordan sengen er plassert i soverommet. Dette har jeg erfart fra min egen barndom, der min bestemor var meget bestemt på hvordan sengen skulle stå og også i hvilken ende hodeputen skulle være i sengen. Senere i livet ble jeg påminnet om denne overtroen via min svigermor. Hun var også nøye med at sengen skulle være ”riktig” plassert i rommet. Av gammel overtro var det slik at man ikke skulle ligge med hodet mot døren. Dette kunne bringe ulykke over mennesket. I lavvu¹⁶ er det også slik at man ikke skal ligge med hodet mot ”lavvuåpningen”. Plasseringen

¹⁶ Lavvu er et tradisjonelt samisk telt som samene har brukt i over 2000 år (<http://no.wikipedia.org/wiki/lavvo>).

av for eksempel sengen på et pasientrom der det bor en samisk pasient, har dermed også i tillegg en kulturell betydning. Sykepleieren bør vite at hun ikke må legge hodeputen i ”feil ende” når hun rer på sengen. Hvis hun i sin uvitenhet likevel gjør det, vil kanskje den samiske pasienten reagere på det. Det er ikke sikkert at sykepleieren da forstår pasientens reaksjon, og misforståelser og mistolkning kan oppstå. Frustrasjon og aggresjon kan da komme til syne hos pasienten.

5.1.2 Betydningen av å kjenne til pasientens bakgrunn

Sykepleieren Ellen mener at det klart må oppleves frustrerende for pasientene når ikke omgivelsene forstår dem. Hun sier det er viktig å få kjenneskap til mest mulig av bakgrunnen til pasientene, og at pleieren har evne til å ta denne bakgrunnen med ”under huden”. I dette uttrykket forstår jeg at Ellen mener at det er viktig at sykepleierne tilegner seg mest mulig kunnskap om pasientens tidligere liv, og virkelig tar denne kunnskapen i bruk til det beste for pasienten. Hun hevdet at det kan være mange hendelser. Folk som har opplevd krig har også sett brann. Hun sa videre at det her er en kjempetraumatisk opplevelse å bære på, og den kan komme tilbake til pasienten når han rammes av en demenssykdom. Det trenger ikke å være virkelighet, men oppstå igjennom et ”indre blikk”.

Ellen husket en mann som hadde vært med under krigen på en båt, og hadde følelsen av å være innestengt. Pleierne forstod ikke til å begynne med hvorfor han bar på denne angsten, men det viste seg at han hadde vært om bord i en båt som ble torpedert av en ubåt. Han ble innestengt, og det her kom tilbake med jevne mellomrom i hans minne. Det var ting i avdelinga som kunne fremkalle angsten hans, for eksempel høge lyder. *”Vi prøvde å skåne han for det, men det klarte vi ikke hele tiden. Han forstod heller ikke hvor døren var, eller å åpne den. Det å skulle bade i vann, trodde han var havet og ble full av angst”.*

Ellen hevdet videre at man kan avverge ganske mye hvis man vet hva pasientens liv har bestått i, og hva pasienten har opplevd tidligere. Rokstad (1993) skriver også at for å kunne kommunisere best mulig med pasienter med langkommet demenssykdom, er det viktig å samle spesifikk kunnskap om den enkelte pasient. Det vil si at forhistorie, vaner og uttrykksmåter må være grundig og detaljert kartlagt for å forstå den enkelte. Sykepleierne kan på denne måten avverge mye frustrasjon hos pasienten og vise større forståelse i samhandlingen med pasienten. Det er derfor viktig å se mennesket og dennes bakgrunn. Olsen

& Eide beskriver konsekvensen av å ha et for snevert syn på mennesket og unngå å se på helheten. De skriver:

Tenker man på mennesket som "apparat", sykdom som "apparatfeil", og helse minimalistisk definert som "fravær av sykdom", vil et fenomen som etnisitet oppfattes som irrelevant i møtet mellom bruker og helsetjenesten. Rent bortsett fra der det dreier seg om språklige forhold, snevert definert som ord og grammatikk (1999:15).

Jeg tenker at man må se mennesket som en helhet og også ta i betraktning deres kulturelle bakgrunn som betydning for menneskets levde liv. Vi er ikke standardiserte mennesker hvor alle kommer fra en bestemt A4- modell. Likevel kan vi sette spørsmål ved om det er mulig å se hele mennesket og dennes bakgrunn? All forhistorie vil ikke være like relevant i forhold til den pleien sykepleierne skal gi, og har vi rett til å vite alt? Det er ulike ting som spiller inn i menneskets levde liv for hvorfor vi handler som vi gjør. For å forstå hele mennesket må vi også kunne se det bakenforliggende, det vil si vårt kulturelle ståsted og omgivelsene vi kommer fra. Oppfatningen av hva som er god helse eller et godt liv er med andre ord også kulturelt betinget.

5.2 Sykepleier- og pasientrelasjoner

For at hverdagen til samiske pasienter som har en demenssykdom skal være best mulig i sykehjem, er det viktig at sykepleieren streber etter å oppnå best mulige relasjoner mellom seg og pasienten. En av sykepleierne, Nora, sa at "*pasienten forstår en god del norsk, men svarer meg kanskje på samisk*". Men kunne sykepleieren med sikkerhet vite at pasienten svarte på hennes uttalelser når hun selv snakket norsk og ikke forstod samisk?

Molander (1996) skriver om det å reflektere over sine handlinger, og at utøverne noen ganger kan bli blind i forhold til sin egen kunnskap. Sykepleieren kunne ha vært blindet over egen språkkunnskap i dette tilfellet. Hun kunne ikke samisk og dermed kunne hun neppe forstå meningen eller betydningen av det den samiske pasienten sa. Vi konstaterer fakta, vurderinger, rettleiding og påbud via språklige formuleringer (Skjervheim 1996). Det kan hende at sykepleieren og den samiske pasienten med aldersdemens pratet om to forskjellige temaer. Skjervheim (1996) skriver at hvis vi ikke forstår hverandres språk lever vi i hver vår verden og kontakten blir overflattisk. På den annen side kan det jo hende at sykepleieren likevel kan ha hatt erfaring med at den aktuelle pasienten forstod henne, som hun hevdet. Det

kan hende at den samiske pasienten med en demenssykdom hadde et såkalt klart øyeblikk, og at sykepleieren dermed var sikker på at de forstod hverandre. Sykepleierne som pleier pasientene er jo stort sett sammen med pasientene ved ulike tider gjennom hele døgnet på grunn av sin arbeidsturnus. Dermed vil de også samhandle med pasientene når de eventuelt har klare øyeblikk.

I møte mellom norske sykepleiere og den samiske pasienten som har demenssykdom bør sykepleieren ta seg god tid til å lytte og reflektere over pasientens verbale og nonverbale uttrykk, og ikke ta det umiddelbart for gitt at det er gjensidig forståelse mellom henne og pasienten. En god relasjon er klart avhengig av språket, men en god relasjon er også avhengig av måten vi blir møtt på (blikk, tonefall, nærhet, etc). Det er derfor viktig at sykepleierne reflekterer over sin samhandling med pasientene underveis i sitt arbeid. Molander (1996) hevder at refleksjon kan inngå i virksomhet og dermed i handling. I visse virksomheter som for eksempel sykepleiepraksis, gir pauser, opphold og mer passive momenter en mulighet til refleksjon som en naturlig del av virksomheten. Den kunnskapsrike praktikerer kan reflektere over sine ulike strategier i handling, for å finne allmenne mønstre som de følger. Hvis praktikerer ikke engasjerer seg i slike refleksjoner, kan noe kunnskap som praktikerer er i besittelse av bli utnyttet, i følge Molander.

Jeg tror det er viktig at den norske sykepleieren tar seg god tid, lytter og observerer den samiske pasientens kroppsuttrykk og berører pasienten på en måte som gjør henne trygg. Slik får sykepleieren bedre tid til å reflektere over sin relasjon til den samiske pasienten med demenssykdom, og samtidig finne frem til en god måte å samhandle på.

5.2.1 Sansenes betydning for samhandling

Sykepleierne hadde erfart at samhandlingen med de samiske pasientene kunne være vanskelig på grunn sykepleiernes mangel og innsikt i samisk språk og kulturhistorie. Men kultur og språkkunnskap kan ikke alene hjelpe sykepleieren og pasienten i samhandlingen. Det vil også være betydningsfullt for sykepleieren å være mer bevisst og sanse hva pasienten uttrykker. I pleien av pasienter som har demenssykdom er det derfor i tillegg viktig å reflektere over blant annet sansenes betydning for forståelsen av omgivelsene. Ytre inntrykk påvirker som kjent våre sanser. Kroppsfilosofen Merleau-Ponty (1994) ser kroppen som sentrum for erfaring. Han skriver at vi er biologiske vesener og sansende organismer samtidig. Vi ser ikke

oss selv, bare det som er rundt oss. Vi kjenner ikke oss selv, som for eksempel måten vi går og beveger oss på. Vi må lære oss å være bevisste på hvordan vi fremtrer kroppslig. Med følgende sitat beskriver Merleau-Ponty at vi ikke klarer å observere oss selv:

Jeg iakttar de ytre gjenstandene med min kropp, jeg håndterer dem, inspiserer dem, vender og snur på dem. Men min egen kropp iakttar jeg ikke. For å kunne være i stand til å gjøre det, måtte jeg ha hatt rådighet over en annens kropp, som da ikke selv ville vært iakttagelig (1994:33).

Jeg har observert at pasienter med langtkommet demenssykdom tilsynelatende ”trekker” seg inn i sin egen kropp, i sin egen sanseverden og oppfatter ting ut fra denne ”egne” verden. De pasientene med en demenssykdom som jeg har pleiet i min sykehjemspraksis har glimtvis gjennom døgnet vist sitt innerste ”jeg” for omverdenen, det vil si for eksempel til pleierne og familien. Berg (1990) skriver at evnen til å oppfatte det som skjer i omgivelsene er avhengig av at sansene våre gir oss det rette budskapet. Når pasienten med en alvorlig demenssykdom utvikler agnosi og ikke lengre er i stand til å sortere sine sanser, kan det få praktiske konsekvenser i hverdagen. Agnosi kan påvirke evnen til å tolke det en ser, i følge Berg. Hun hevder også at dette kan ha betydning for evnen til å gjenkjenne mennesker.

Når disse pasientene lukker seg inn i sin egen sanseverden, hvordan sanser de da? Hvilke inntrykk blir de påvirket av: Lyd, lukt, bevegelser, eller det de ser? Heggedal (1993) skriver at sansesvikt vil påvirke pasientens inntrykk av omgivelsene og at vanlig kommunikasjon ikke kan virke som korrektiv til pasientens tanker og opplevelser. Det er også nødvendig å rette søkelyset på hvordan sykepleieren sanser pasienten og oppfatter det pasienten uttrykker. Martinsen (2000) viser til Rikke Nissens lærebok fra 1877 ”Å lære med øiet at bedømme” når hun påpeker at å lære med øyet å bedømme de syke betyr mer enn å se personen eller det faglige. Det er samtidig å lytte, lukte, kjenne, tale og pleie. Det er ikke slik at vi ser først og kjenner etterpå. Vi ser og kjenner samtidig. Dette benevner hun som et sansesamspill, og ut fra dette lærer vi med øyet å bedømme den sykes tilsand. Jeg mener at det er derfor viktig i dette sansesamspillet mellom pasient og pleier at sansingen er gjensidig, For å kunne forstå hverandre må vi kunne lese hverandres uttrykk.

Sykepleier Ellen fortalte at en samisktalende pleier kan være med på å roe ned. De kan skjønne hva pasienten uttrykker selv om ikke alle ord er forståelige - selv på samisk. De kan forstå essensen av det som blir sagt, eller oppfatte de få samiske ordene som blir sagt. Ellen

reflekterte her rundt hvordan de samisktalende pleierne kan møte pasientene på en bedre måte fordi de forstår pasientens uttrykk bedre. Dermed får de en bedre relasjon til pasientene. Jeg mener at sykepleieren må være bevisst på hvordan hun framtrer og at hun uttrykker seg tydelig overfor pasienten, selv om hun kun snakker norsk. Kan sykepleieren i tillegg snakke samisk vil det naturligvis bidra til større gjenkjennelse hos den samiske pasienten med demenssykdom.

Merleau-Ponty (1994) skriver at ordet gir mulighet for den blindes gjenkjennelse, som igjen gjør sansing mulig. Ordet kommer før meningens intellektuelle forarbeid. Vi lærer å sanse ved hjelp av ord. Språket går av seg selv fordi meningen er gitt gjennom en historisk kollektivitet. Vi lærer språket av hverandre fordi vi må bruke ord den andre kan forstå. Dermed sier han at språket blir et system og en kollektiv uttrykksmulighet som igjen blir ens egen individualitet – ikke bare som talende og lyttende, men som tenkende og sansende. Ordene gir mulighet for gjenkjennelse slik at vi åpner opp for sansene våre og søker etter gjenkjennelse i situasjonen, eller i kommunikasjonen som finner sted. Med ord kan vi assosiere og kjenne oss igjen i ting som blir sagt. Dette er basert på det språket vi lærte som barn, tidligere opplevelser eller erfaringer. Ellers har vi liten mulighet til å kjenne oss igjen. Vi må ha erfart noe for gjenkjenning, det vil si erfaring gjennom det levde livet og gjennom den kultur og det miljøet vi har vært en del av, i følge Merleau-Ponty.

Jeg tenker at gjenkjenning gir mening til ordene som blir sagt. Hvis ikke den samiske pasienten kan gjenkjenne det norske språket som den norske sykepleieren konverserer med, så har disse pasientene et dårlig grunnlag for å forstå de norske ordene som blir sagt, særlig hvis de i store deler av døgnet har glemt det norske språket.

5.2.2 Å ta seg tid til å reflektere over samhandlingen med pasientene

Gjennom samtalen med sykepleierne så langt hadde vi satt søkelyset på forståelsen av språk og kultur og hva det innebærer i møte med de samiske pasientene som har en demensdiagnose.

Det å sette søkelys på samisk språk og kultur fikk Nora til å gå i dybden av temaet og virkelig kjenne etter. Nå fikk hun tenkt igjennom kulturforskjeller innad i sykehjemmet som hun ikke tidligere hadde satt søkelys på i sitt arbeide. Ved at hun nå tenkte over det, kunne hun få større

forståelse for pasientenes kulturuttrykk og at det kunne være forskjellige verbale og nonverbale uttrykksmåter i den samiske og norske kulturen. Sitat fra Nora ”, *Det er tøft av og til når eg begynner å tenke over det. Når eg går så langt inn i dybden og tenker.. i det daglig så tenker man ikke så dypt inn i det. Du gjør det du skal gjøre, bare.*”

Med dette utsagnet begynte Nora å tenke på og reflektere over mulige kommunikasjonsproblemer, og hun var ikke upåvirket av denne refleksjonen. Hun sa at dette hadde hun ikke tenkt så nøye igjennom tidligere og når hun nå gjorde det, kjente hun hvor tøft det var for henne. I en travel hverdag hadde hun hittil ikke hatt tid til å tenke på hva som skulle til for at hun skulle kunne forstå denne pasientgruppen bedre. Hun hevdet at hun ”fløt” på rutinene i sitt arbeid. Delmar (1999) skriver om to forskjellige typer travelhet. Det vil si ”som om”, -travelhet og reell travelhet. ”Som om”, -travelhet er kulturelt betinget og kommer til uttrykk via ganglag og hastige kroppsbevegelser. Hastebudskapet fungerer både overfor pasienter og kollegaer. ”Som om”, -travelhet kan bli en ”sovepute” fra noe sykepleieren ikke vil ta del i. Den reelle travelhet hevder hun er den som gir sykepleierne dårlig samvittighet og som hindrer sykepleieren å yte en moralsk ansvarlig omsorg. Jeg forstår med uttrykket moralsk ansvarlig omsorg at sykepleieren handler godt og riktig, det vil si til det beste for pasienten.

Delmar (1999) skriver videre at uansett hvilken form for travelhet, sier sykepleierens travle kroppsspråk for pasientene at man ikke må være til bry og beleire sykepleieren med sine problemer. Nora antydte under intervjuet at en av årsakene til at hun ikke hadde fått satt seg inn i pasientens språk- og kulturbakgrunn var på grunn av en travel hverdag. Ekman (1993) skriver at tiden må være et ekstremt viktig aspekt i omsorgen til pasienter som har en demenssykdom fordi de trenger mer tid til å respondere over beskjeder som blir gitt dem. Jeg tror tidsperspektivet spiller en rolle for kvaliteten av pleien til pasientene, og travelhet vil forringe kvaliteten. Det må frigis nok tid til å ta seg av pasientene på en så tilfredsstillende måte at sykepleierne kan yte en god og ansvarlig omsorg.

5.2.3 Velger avstand framfor nærhet til den samiske pasienten

Nora fortalte videre at tidligere hadde de en dame innlagt på sykehjemmet som hun følte var så vanskelig å nærme seg, fordi hun snakket samisk og hadde en demensdiagnose. Derfor hadde hun ikke så mye med henne å gjøre. Normann (2001) skriver at vanskeligheter med å

forstå pasienter med store kommunikasjonsproblemer, kan for eksempel medføre at en unngår å kommunisere med pasientene. Det å ha kjennskap til pasientene, symptomene og den konkrete situasjonen pasientene befinner seg i, er viktig når en skal forsøke å få kjennskap til hva de uttrykker. Nora forstod ikke denne damen, og sa at når hun ikke forstod pasienten kunne hun heller ikke gjøre en god jobb. Derfor unngikk hun å ha så mye med pasienten å gjøre.

Nora fortalte at når hun ikke klarte å kommunisere tilstrekkelig med den samiske pasienten som har en demenssykdom, tillot ikke pasienten at hun nærmet seg henne - det fungerte ikke. Pasienten måtte ha stell, kanskje mot sin vilje og det hadde ikke vært bra for henne. Merleau-Ponty (1994) hevder at talen er en ekte gest, og den inneholder sin mening, liksom en kroppslig gest inneholder sin. Det er det som muliggjør kommunikasjon. For at vi kan forstå en annens ord, må vi naturligvis allerede kjenne hans ordforråd og syntaks. I dette tilfellet fortalte Nora at hun og pasienten ikke klarte å forstå hverandre fordi de snakket to forskjellige språk, og hadde forskjellig kulturbakgrunn.

I situasjoner som denne som Nora intuitivt følte at hun ikke behersket, tok hun heller avstand og sørget for å ha minst mulig med pasienten å gjøre. Hun begrunnet det slik: ”*Når jeg ikke forstår og pasienten ikke lar meg gjøre noe sammen med henne, så går det ikke- det fungerer ikke. Altså, jeg får ikke gjort noen ting, og når jeg da går inn og gjør ting, har ikke pasienten det bra. Hun forstår ikke meg og eg forstår ikke henne. Og kroppsspråket... hun kan kanskje ikke lese mitt kroppsspråk, og eg kan ikke tyde hennes. Da har du jo egentlig et stort problem. – og føler utilstrekkelighet*”. Hun valgte her å innhente hjelp og kompetanse i forhold til denne pasienten hos kollegaer som forstod samisk språk og kultur. Men Nora hadde ikke til hensikt at hjelpen og kompetansen skulle hjelpe henne til å utføre pleien til den samiske pasienten med demenssykdom. Hun fordelte ansvaret for pasienten over på kollegaer som kunne samisk.

Om pasientene med en demenssykdom er norske eller samiske vil de le, gråte, vise sorg eller glede på samme måte. Men likevel kan det være forskjell på hvordan de reagerer eller responderer på forskjellige ting. Enkelte kroppsuttrykk vil nok være noe forskjellige mellom norsk og samisk kultur. Jeg vil eksemplifisere med stell av hår til damene. Hvis pleierne unnlater å flette håret eller rulle håret opp i en knute i nakken, vil nok den samiske pasienten med en demenssykdom reagere negativt. Hun er vant til å sette opp håret og ikke la det henge

løst. Å slippe håret løst gjorde hun i tidligere tider bare i egen privat sfære og ikke i offentlighet. I følge Antonsen (1999:47) beskrev Thomassen i 1896 om hårstell blant de samiske damene slik: *Kvinnene tvinnet sitt hår i enkel tvinning og rullet det sammen over nakken, så det kom til å ligge under huen. Enkelte flettet det, men også da ordnedes det så, at det skjultes av huen.* Slik jeg kjenner den samiske kulturen i min hjemkommune, gikk den generasjon kvinner som i dag er i sykehjem med håret slik Thomassen beskrev. Det var heller ikke vanlig at denne generasjons samiske kvinner brukte permanentkrøller i håret.

Siden Nora ikke har samisk språk- og kulturbakgrunn, ville hun sannsynligvis ikke forstått hvorfor den samiske pasienten reagerte negativt på den beskrevne episoden. På grunn av dette ville hun kanskje ikke klart å samhandle så bra med pasienten. Nora valgte oftest å avstå fra å pleie de samiske pasientene. Dette gjorde hun fordi hun mente det var til det beste for pasientene. Men hun hadde selvsagt ikke mulighet til å velge bort eller avstå fra samiske pasienter hvis hun var alene sykepleier på vakt og pasienten trengte hennes kompetanse. Selv om sykepleieren ikke forstår en av de samiske pasientene med en demenssykdom, kan hun likevel forstå en annen. Sykepleieren kan ikke velge å ta avstand fra alle. Heap (2000) skriver om det såkalte individualiseringsprinsippet i pleien til eldre pasienter. Han mener at vi må betrakte og behandle hver eldre pasient som en særskilt og spesiell person, som er like ulik andre eldre som han og hun er lik dem.

Merleau-Ponty (1994) skriver at man forstår andre gjennom sin egen kropp. Det er med kroppen vi engasjerer oss i tingene, og vi kan dermed gjennom vår atferd kommunisere med andre og slik få gjensidig bekreftelse. Nora strevde mer med å kommunisere med pasienten, og brukte mer tid enn sine kollegaer som har samisk språk- og kulturbakgrunn til å samarbeide med pasienten. Hun slet i tillegg med en følelse av hjelpeløshet i forhold til dette som for henne ble den vanskelige delen av omsorgen for de samiske pasientene som har demenssykdom. I den samiske kulturen som i andre kulturer, finnes det ulike former for avvik, sykdom, lidelser og problemer, skriver Johansen (1998). Vi må derfor unngå å gjøre problemene blant samene til noe så særegent og spesielt at vi unndrar dem hjelp i mangel på ”samiske spesialister”. Likevel må vi arbeide for at helsepersonell skal tilegne seg kunnskaper nok til å møte samiske pasienter på deres egne premisser, hevder hun.

Sykepleieren kunne her ha prøvd å nærme seg pasienten ved å forsøke å oppnå tillit hos pasienten. Tillit er også viktig i sykepleierens omsorg, skriver Martinsen (1990). Hun setter

spørsmålstegn ved om sykepleieren kan bli pasientens tillit verdig? Jeg mener at tilliten må være gjensidig mellom sykepleier og pasient for at det skal oppstå en god relasjon. Ensidig tillit, er det mulig å oppnå? Jeg tror ikke det. Man må ha tillit til den andre for at han eller hun kan ta imot den tilliten du viser. Martinsen (1990) skriver at vi normalt møter hverandre med tillit. Hvis vi mot formodning møtes med mistillit, er det i utgangspunktet ut fra visse omstendigheter, ut fra særlige grunner. Samiske pasienter som har demenssykdom, og slik som i Noras beskrivelse var forvirret og ikke forstod det norske språket, hadde kanskje et dårligere utgangspunkt for å oppnå tillit til den norske sykepleieren, rett og slett fordi sykepleieren ikke snakket et språk som nevnte pasient kunne forstå, der og da. Men det kan opparbeides gjensidig tillit for å få en bedre samhandling. Martinsen (1990) hevder at å vise tillit betyr å utlevere noe av seg selv. Tillit er elementært i enhver samtale og i vår holdning til hverandre. Hun skriver videre at i samtalen utleverer man seg via tonefallet. Med holdning, blick, stemme og hender er vi med på å gi hverandres liv dets tone. Med dette mener hun at vi må møte pasienten på en positiv og vennlig måte for å oppnå tillit. Har man gjensidig tillit blir relasjonen mye bedre.

Martinsen (1990) skriver at tillit kan misbrukes ved at en ikke tar imot den andres utleverthet. I stedet stiller en seg likegyldig, som tilskuer til den andre. Det kan synes som om Nora unnlot å gå nærmere inn i relasjonen med den samiske pasienten og dermed også unnlot å oppnå bedre kontakt med pasienten. Likevel tror jeg ikke Nora med viten og vilje unnlot å opparbeide tillit til pasienten. Det oppstod mistro allerede i utgangspunktet fordi sykepleieren og pasienten rett og slett ikke forstod hverandre. Dermed var det vanskelig å oppnå tillit, men det var likevel ikke umulig. Sykepleieren kunne nærmet seg ved at hun med sin holdning og sitt kroppsspråk sa at hun virkelig brydde seg om pasienten og hadde et oppriktig ønske om å hjelpe.

5.2.4 Innhenter hjelp fra kollegaer som har kunnskap om samisk språk og -kultur

Sykepleieren Ellen sa noe av det samme som Nora, det vil si at med urolige pasienter som var samisktalende og hadde en demensdiagnose, så innhentet hun ofte hjelp av en kollega som kunne samisk. Til forskjell fra Nora benyttet Ellen kollegaen til å hjelpe henne med å samhandle bedre med pasienten under stellet. Kollegaen kunne gi informasjon til pasienten og få forståelse av hva pasienten uttrykte. Ellen sa at hun følte avmakt når samspillet mellom

henne og den samiske pasienten ikke fungerte. Man klarer ikke å skjønne hva som er gjeldende der og da – pasienten kan uttrykke seg med roping og utagerende atferd fordi hun som sykepleier ikke forstår pasienten. Det vil da det være naturlig at pasienten blir arg, sier Ellen.

Uten gjensidig forståelse kommer frustrasjonen frem hos begge parter, og både sykepleieren og pasienten følte avmakt. Vi forstår gjennom det språket som kroppen taler eller uttrykker, i følge Delmar (1999). Når ikke pasienten er i stand til å uttrykke seg forståelig verbalt, er det en oppfordring til sykepleieren å kunne se på kroppsspråket hvordan pasienten har det. Delmar skriver videre at kroppen uttrykker lidelse, nærhet og avstand. Og i et relasjonelt forhold er det en forbindelse mellom pasientens og sykepleierens kroppslige uttrykk. Det er ikke bare pasienten som påvirker sykepleieren, men sykepleieren påvirker også pasienten med sin kroppslige utfoldelse, hevder hun.

Ellen fortalte at de opplever veldig ofte at det samiske språket får forrang for det norske språket hos de samiske pasientene når de rammes av demenssykdom. Det er bare et faktum det, hevdet hun. Men det er også slik at enkelte av disse pasientene samtidig mister noen samiske ord, sa hun. De har samiske pasienter innlagt på sykehjemmet, som ut fra det Ellen kan høre og oppfatte, bare snakker samisk. Men de pleierne som kan samisk, sa i følge Ellen, at de ikke snakker rent samisk - det er bare tilfeldige ordlyder, med et og annet rent samisk ord innimellom. De laget seg bare rett og slett ”samisklignende” ord, og så kan de som ikke forstår særlig mye av det samiske språket tro at gjeldende pasienter bare snakker samisk, fortalte Ellen. De pleierne som forstod det samiske språket sa at disse pasientene snakket verken samisk, eller norsk, men har laget seg sitt eget ordforråd. De hadde en egen språkblanding av samiske og samisklignende ord. Mange ganger virket det som at disse pasientene forstod bedre det som ble sagt på samisk, hevdet Ellen.

Men er det slik at disse pasientene har laget seg sitt eget ordforråd, slik som pleierne med samisk bakgrunn hevdet? Det kan vel heller være at de mister språk og dermed evne til å uttrykke seg forståelig? Når de mister språk, mister de først enkelte ord. For å fylle disse hukommelseshullene dikter de opp ord. Konfabulering¹⁷ er et vanlig fenomen hos personer som har demenssykdom og som mister store deler av språket. Normann (2001) henviser til

¹⁷ Oppdikting, fabulering, først og fremst det at man fyller igjen ”hukommelseshull” med oppdiktet materiale (<http://www.dobbeltdiagnose.no/index.php?dobbeltdiagnose/brukerinfo/ordliste>).

Crisp som antyder at konfabuleringer kan forstås som et hjelpemiddel til å rekonstruere egen identitet ut fra et fragmentert minne og ved hjelp av omgivelsene. Normann (1992) skriver at pasientene på dette stadiet ofte snakker svært sakte, kan ha uklar tale og lager nye ord.

5.2.5 Mulighet til selv å formidle sine behov.

De samiske pasientene må få muligheten til selv å få formidlet sine behov så langt det lar seg gjøre, ifølge Ellen. Hun har opplevd at når hun har fulgt pasientene på sykehuset har mange en ”ovenfra og ned” - holdning overfor de eldre generelt. Ellen har erfart at helsepersonell henvender seg med spørsmål til den som følger, istedenfor til pasienten, selv om den eldre godt har kunnet kommunisere selv. Ellen tror at helsepersonell i slike tilfeller er tilbakeholdne med å henvende seg direkte til den samiske pasienten, fordi de er usikre på om de klarer å kommunisere med pasientene.

Det kunne vært på sin plass å aktivt bruke tolk i slike situasjoner. Men spørsmålet blir da om det er pasienten eller helsepersonell som skal tolkes, eller om det er begge parter. Eikjok Andreassen (2007) kom i sin forskning frem til at samiske pasienter som snakket noe norsk og kunne gjøre seg forstått på norsk, likevel hadde en følelse av at behandleren (legen og sykepleieren) ikke forstod. Derfor hevder hun at det ikke nødvendigvis er pasienten som behøver å bli tolket, men heller legen eller sykepleieren som trenger tolk. Det hun legger i dette er at legen og sykepleierens behov for tolk i denne betydningen kan for eksempel være mer kunnskap om den samiske pasientens historie som et grunnlag for å forstå.

Jeg mener at dette kan gjelde for alt helsepersonell, også på sykehuset. Hvis ikke behandleren viser forståelse for pasientens historie, blir pasienten på en måte oversett. Ved at informasjon og spørsmål blir foretatt til den som er ledsager, blir det en ”tingliggjøring” av pasienten. Pasientens følelse av å ikke bli forstått er like viktig som legens følelse av ikke å forstå, i følge Eikjok Andreassen (2007). Jeg mener at helsepersonell vil ha vanskeligheter med å oppnå tillit hos pasienten hvis de snakker med den som følger, i stedet for til pasienten. Det har med holdning å gjøre, og det er ikke sikkert at helsepersonell er seg selv bevisst om de uttrykker en negativ (overse) eller positiv holdning (inkluderende) overfor pasienten. Løgstrup skriver det så treffende:

Gjennom vår holdning til hverandre er vi med på å gi hverandres verden dens form. Gjennom min holdning til den andre er jeg med på å bestemme hvilken vidde og farge hans verden får. Jeg er med på å gjøre den rommelig eller trang, lys eller mørk, mangfoldig eller kjedelig – og ikke minst er jeg med på å gjøre den truende eller trygg. Ikke gjennom teorier eller anskuelser, men ganske enkelt gjennom min holdning. Derfor er det en uuttalt, en så å si anonym fordring til oss om å ta vare på det livet tilliten legger i våre hender (2000:39).

Jeg mener helsepersonell har en plikt og et krav om å vise positiv holdning overfor pasientene. Dette har alle helseprofesjonsutdanninger innbakt i sitt pensum til studentene. Men det er dessverre ikke alltid vi mennesker er like bevisst hvilke holdninger vi viser. Jeg vil tro at hvis helsepersonell møter pasienten på en slik måte som det Ellen fortalte, vil det være større mulighet for at det oppstår mistillit enn tillit til helsepersonellet fra pasientens side. Det er klart det er vanskelig å kommunisere med en pasient som har en demenssykdom, og det blir ekstra vanskelig når man i tillegg ikke forstår språket og /eller historien til pasienten. Men det er pasienten det gjelder, og pasienten skal ha full oppmerksomhet fra ledsager og helsepersonell. Derfor er det viktig å inkludere pasienten i samtalen og vise respekt. Både i form av blikkontakt med pasienten, samt tydelig å vise at det er pasienten det gjelder. En må i størst grad unngå å ”snakke over hodet på pasienten”, jeg mener dette er uetisk og skaper større forvirring hos pasienten som har en demenssykdom.

5.3 Episoder med utfordringer

Sykepleieren Nora hevdet at det ikke var alltid hun ble forstått av de samiske pasientene. Det kom an på dagsformen til pasientene med tanke på at pasientene har en demenssykdom. ”*Man blir oppgitt hvis man ikke forstår, du skjønne at det er noen ting, men ikke hva det er*”. Her uttrykte sykepleieren frustrasjon og oppgitthet over at hun ikke alltid forstod pasienten, og at pasienten ikke alltid forstod henne. Nora opplevde at situasjoner ble uforståelige og i slike stunder ble både hun og pasienten oppgitt.

Den norske sykepleieren forstår ikke alltid pasientens verbale samiske språk– og noen ganger kroppslige uttrykk som kommer til syne. Som for eksempel at den kvinnelige samiske pasienten vil reagere negativt hvis sykepleieren skal krølle/rulle håret hennes etter en hårvask, fordi dette ikke har vært vanlig i hennes tradisjon og kultur (Antonsen 1999).

Relasjonene blir utfordrende fordi den samiske pasienten kommer lengre og lengre ut i demensforløpet og blir gradvis mer og mer mentalt svekket. Dette kan føre til at språket til slutt kan forsvinne helt, eller delvis (Normann m.fl. 1998, Skarstein 1994, Berg 1990). I løpet av demensutviklingen kan talespråket bli mer redusert, ordforrådet blir mindre og ordene mer uforståelige, i følge Berg (1990). Pasientene utvikler med andre ord afasi¹⁸. Nevnte pasienter kan også utvikle agnosi¹⁹ og dermed svikt i gjenkjenning av blant annet lyder, som igjen påvirker deres evne til å tolke det de sanser. Agnosi er dessuten knyttet til evnen til å tolke alle sanseintrykk, der ikke bare lyder, men også lukt, smak, syn og hørsel kan rammes. Når den norske sykepleieren møter pasienter med samisk bakgrunn, som i tillegg har en demenssykdom som gjør at både den verbale og nonverbale kommunikasjonsevnen er nedsatt, er det ikke vanskelig å forstå at relasjonen blir en utfordring.

Sykepleier Ida understrekte også i likhet med de andre norske sykepleierne i min studie at relasjonen med de samiske pasientene som har en demenssykdom ofte kan være vanskelig fordi disse pasientene prater litt norsk og litt samisk. I tillegg, hevdet hun, snakket de ofte litt utydelig, så det var ikke alltid enkelt å vite hva pasientene egentlig mente. Hun eksemplifiserte det ved å fortelle om en pasient som pratet veldig lite og som viste et kroppsspråk som for henne var vanskelig å tyde. Pasienten svarte ja eller nei når hun spurte om noe, eller så kunne det komme noen utydelige ord på samisk, eller kanskje bare halve ord. Ida hevdet at hun ikke klarte helt å tyde hva pasienten uttrykte på norsk, og da særlig under utøvelsen av sykepleie, som for eksempel under morgenstellet når hun var inne og stelte pasienten. Likevel samhandlet hun så godt hun kunne med pasienten.

Heap (2000) fremholder at vi mennesker tar taleevnene våre for gitt, og ikke vier stor nok oppmerksomhet til den ikke- verbale og halvverbale kommunikasjonen om vi supplerer til våre ord. Heap (2000) henviser til at vi formidler oss mye gjennom det vi føler, mener og vil. Gjennom tegn, ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser, fakter og grynt. Sykepleierne sa de hadde vanskeligheter med å kommunisere med de samiske pasientene, men det trenger ikke å bety at det var umulig å kommunisere. Som i dette tilfellet som Ida refererte til, har pasienten afasi, og er i tillegg uklar i sitt kroppsspråk, men likevel klarer hun på et vis å kommunisere, selv om det er vanskelig. Jeg tenker at hun her klarer å samhandle med pasienten fordi pasienten

¹⁸ Manglende evne til å bruke og forstå ord. En form for afasi som er vanlig hos personer med demenssykdom, er manglende evne til å huske navn på ting, anomi (Berg 1990).

¹⁹ Sviktende evne til å identifisere gjenstander og lyder. Evnen til å oppfatte det som skjer i omgivelsene er avhengig av at syn, hørsel og andre sanser gir oss det rette budskapet (Berg 1990).

bruker, som Heap beskriver, halvverbal kommunikasjon. Litt tale, grynt og bevegelser som til sammen kan gi en viss forståelse.

I følge sykepleierne jeg har intervjuet er det også tydelig at pasientene forstår samisk best og at ordene de uttrykker er mer samisklignende enn norske. Felles for både samiske og etnisk norske pasienter som har en demenssykdom er at de gradvis mister sitt morsmål etter hvert som demenssykdommen forverres.

Under intervjuene fortalte sykepleierne om episoder som tydelig viser noen av utfordringene de norske sykepleierne kan oppleve i møte med samiske pasienter som har en demensdiagnose. Jeg vil i det følgende gjengi noen av episodene fra hver av sykepleierne og se disse i lys av empirien og aktuell teori/forskning.

5.3.1 Sykepleier Noras utfordring

Nora fortalte om en episode der hun fulgte en samisk pasient med en demenssykdom på toalettet. Hun ble underveis svært oppgitt over situasjonen, og forstod ikke at hun hadde mistolket pasientens kroppsuttrykk. Hun skjønnte at det var noe med kommunikasjonen mellom henne og den samiske pasienten med demenssykdom som ikke stemte, men hun kunne ikke forstå hva det var. Nora fortalte:

”De demente er ikke like forvirret hele døgnet, det kommer an på situasjonen. Har du en situasjon der vi gjør noe mot deres vilje, blir de forvirret. For eksempel at vi i beste mening fører dem på toalettet, selv om de egentlig ikke behøver det. Men deres kroppsspråk har gitt uttrykk for at de trenger et toalettbesøk - eller slik har jeg forstått det, og så følger jeg dem på do, så er det jo sånn at de egentlig ikke har behov for det. Da prater pasienten samisk og da forstår jo ikke jeg noen ting! For jeg har sett at det haster veldig med å komme på toalettet. Da har jeg misforstått uttrykket eller kroppsspråket.”

Sykepleieren fulgte pasienten på toalettet, men pasienten som snakket samisk reiste seg og hastet ut fra toalettet i samme sekund. Sykepleieren forstod ikke hendelsesforløpet. Hun trodde hun hadde tolket pasientens kroppsuttrykk riktig. For som hun sa: ”kroppsspråket er jo naturlig innebygd i oss”. Det er som sagt slik at demensutviklingen fører til at det verbale språket kan reduseres etter hvert, samtidig kan også det non- verbale kroppsuttrykket bli utydelig. Normann (2001) skriver at non- verbal kommunikasjon kan være problematisk hos personer med alvorlig demens. Ansiktet viser lite mimikk, og øyekontakten kan ofte være

reduisert. I tillegg kan pasienten ha demenssymptomer som for eksempel aproksi og parkinson-lignende symptomer. Dermed sender pasienten ut uklare non-verbale signaler.

I denne episoden eller utfordringen som Nora beskrev var det ikke gjensidig forståelse mellom sykepleier og pasient, på grunn av forskjellige ståsteder spesielt når det gjaldt språk og kultur. Her hadde sykepleieren misforstått kroppsspråket og dermed hva pasienten uttrykte. Pasienten hadde på sin side ikke vært i stand til å signalisere til sykepleieren hva hun egentlig mente. Situasjonen må ha vært frustrerende for begge parter. Pasienten kunne ikke skjønne hvorfor hun plutselig ble fulgt på toalettet, mens sykepleieren ble forvirret og fortvilt over at hun hadde feiltolket pasienten. Situasjonen var ikke bra for noen av partene og forløp ikke slik den burde ha gjort. God pleie og omsorg baseres på gjensidig god kommunikasjon, der begge parter deltar i et samspill. Her skjedde det motsatte, og det fikk ikke et ønskelig utfall for verken pasienten eller Nora.

Merleau - Ponty (1994) hevder at fra det øyeblikk mennesket bruker språket til å etablere et levende forhold til seg selv eller sine medmennesker, er språket ikke lengre et redskap, ikke lengre et hjelpemiddel, men en manifestasjon, en avsløring av den indre væren og de psykiske bånd som forener oss med verden og våre medmennesker. Nora klarte ikke å kommunisere med pasienten og kunne dermed ikke bruke språket til å etablere en gjensidig forståelse med pasienten. Siden hun ikke klarte å oppfatte situasjonen i sin helhet, ble den uforståelig for henne. Hun kunne ikke se eller forvente hvordan situasjonen ville vise seg, og hva utfallet ville bli.

Nora hevdet først at hun ikke hadde kommet opp i episoder med språkproblemer, der hun og pasienten ikke har forstått hverandre slik at pasienten har blitt redd, forvirra eller aggressiv på grunn av det. Hun sa at det alltid var arbeidskollegaer på jobb som kunne noe samisk og som kunne tolke pasienten. Men under samtalen kom likevel fortellingen om toalettbesøket frem, der kommunikasjonsproblemene førte til at både pasienten og sykepleieren i følge Nora ble forvirret. Dette var en episode som bekrefter at Nora ikke forstod den samisktalende pasienten med demenssykdom. Hun kunne ikke det samiske språket og hun klarte ikke å forstå hva pasienten uttrykte med sitt kroppsspråk. I denne situasjonen hentet ikke sykepleieren inn kollegaer med samisk kompetanse, da hun i utgangspunktet ikke visste at hun feiltolket pasienten. Forvirringen ble total for både pasienten og sykepleieren.

Rundqvist og Severinsson (1999) viser i sin studie at det er viktig at sykepleieren virkelig prøver å forstå pasienten og ikke ta noe for gitt. Sykepleieren må sette seg ned og fortelle pasienten hva hun skal gjøre, verbalt eller non-verbalt. Bekreftelse kan bli gitt via øyekontakt, som viser at vi hører og forstår. Sykepleieren kan ikke bare begynne å handle alene. Pasienten trenger bekræftelse, og det gjør også pleieren for å kunne gi en fullgod pleie. Følelsen av å ikke bli tatt seriøst, ikke bekreftet og at ingen regner med deg kan utløse følelse av lidelse. Det kan også føre til en følelse av å ikke eksistere, i følge Rundqvist og Severinsson (1999).

5.3.2 Idas utfordringer i stellesituasjonen

Ida hadde også opplevd episoder der hun på grunn av sin manglende kunnskap om samisk språk og kultur, samt pasientens motvilje i forhold til stellet førte til at hennes profesjonelle rolle som sykepleier ble vanskelig og utfordrende i samhandlingen med pasienten. Hun sa følgende om episoden:

”Jeg føler mange ganger at det er utfordrende for eksempel i stellesituasjonen. Pasienten må stelles i seng, og snakker utydelig på samisk. Det er ikke enkelt å få vaska ansiktet, da blir pasienten av og til sint. Man må prate høyt og tydelig og forklare, og av og til svarer pasienten ja, og da kan jeg starte med stellet. Andre ganger uttrykker pasienten sinne når hun ikke oppfatter helt hva som skal gjøres. Det er akkurat som om pasienten klager under stellet. Så kan det gå greit en stund til vi kommer lenger ned på kroppen. Jeg vet ikke helt om det pasienten uttrykker er redsel, og det blir et dilemma, for pasienten må jo få stell og det føles som et overgrep mange ganger – det å prøve å roe ned pasienten og få vaska likevel”.

Ida beskrev hvordan hennes og pasientens hverdag kunne være i denne stellesituasjonen. Ida var frustrert over at hun måtte streve slik med å forstå. Samtidig var pasienten fortvilet over å ikke bli forstått. Her foregikk det tydeligvis en gjensidig frustrasjon fra begge parter. Sykepleieren brukte mye lengre tid og krefter på dette stellet fordi hun flere ganger måtte roe pasienten ned underveis og prøve å forklare. Pasienten uttrykte både sinne og redsel underveis, og ble stresset i situasjonen.

Denne pasienten hadde kognitiv svikt²⁰ i følge Ida. Derfor kan pasientens uro og motvilje, i tillegg til sykepleierens manglende kunnskap om samisk språk og kultur, forklares ut fra den kognitive svikten. Fysisk aggresjon kan være et forsvar av egen person, skriver Skarstein

²⁰ Også kalt mentalt svikt, eks: Redusert oppmerksomhetsevne, hukommelse og innlæringssevne. Språkproblemer intellektuell svikt, neglekt (nedsatt oppmerksomhet for stimulering fra den ene siden av kroppen) og svikt av forståelse og handling i rom (orienteringsevne) (Solheim 1996).

(1994). Pasientene kan på grunn av kognitiv svikt av og til ikke foreta rasjonelle handlinger for å markere sitt personlige rom. Hun skriver at under stell har pasienten kanskje ikke forutsetning for å forstå hvorfor han blir avkledd, og hvem som kler av ham. Pasienten kan da oppleve angst, som viser seg med blant annet fysisk uro. I følge Rokstad (1993) kan manglende evne til å uttrykke seg verbalt og å bli forstått gi seg utslag i at pasienten med en demenssykdom blir fortvilet, utålmodige og irritert.

Sykepleieren sa ikke noe om at hun innhentet kollegaer som kunne samisk. I stedet forsøkte hun å bruke god tid under stellet og få til en så god samhandling som mulig ved å være tydelig og rolig. Når situasjonen var slik at hun skulle ha ansvaret for en samisk pasient med aldersdemens, fant sykepleieren det som for henne var den best mulige måten å kommunisere på. Tvedt (2005) skriver i en artikkel at der det foreligger gjensidig tillit og trygghet, der tid og tilstedeværelse blir prioritert, kan man oppleve god kommunikasjon gjennom for eksempel berøring, selv om både språk og forståelse er svekket.

Slik jeg tenker det, kan det være positivt å få til en ”best mulig” samhandling i stellesituasjonen, istedenfor å ta avstand fra samhandling med pasienten og velge pasienten bort. Men på den annen side er det viktig å innhente hjelp til å tolke pasienten, der det trengs. Om å benytte seg av tolk skriver NOU (1995) at sykehusmiljøet vil være en fremmed arena for pasienten, selv om pasient og sykepleier er fra samme kultur. Vedkommende vil trenge en ”guide” i disse fremmede omgivelsene. Det samme tenker jeg vil være gjeldende for sykehjemsmiljøet.

Dersom sykepleier og pasient er fra forskjellige kulturer, vil kommunikasjonsproblemer kunne føre til ytterligere forvirring og engstelse for pasienten og vanskeliggjøre sykepleierens arbeid. Ingenting kan erstatte et felles språk, selv om imøtekommenhet og vennlighet kan gi en viss trygghet, i følge NOU (1995). Dersom pasienten og sykepleieren mangler et felles språk, eller språkkunnskapene er så dårlige at den verbale kommunikasjonen blir usikker når det gjelder meningsinnhold, vil det være nødvendig å bruke tolk. Men det bør være en nødløsning å bruke tolk i omsorgssituasjoner, skrives det videre i NOU (1995). Det krever en spesiell kompetanse av både pleier og tolk. En tolk som er profesjonell skal være upartisk og underlagt samme taushetsplikt som sykepleieren. Denne tolken kan velge å oversette ord for ord, noe som gir sykepleieren mer oversikt og forhindrer at meningsinnholdet forvanskas. Andre ganger kan det være best at tolken fortolker budskapet inn i pasientens og sykepleierens

kulturelle sammenheng. På grunn av mangel på tolker brukes ofte familiemedlemmer til dette formålet. Bruk av familiemedlemmer kan virke betryggende på pasientene, men det fører ofte til at de legger sine egne synspunkter i tolkningen, i følge NOU (1995). Sykepleieren bør ha kunnskap om denne forskjellen hvis det er nødvendig å bruke tolk for å kommunisere med pasienten.

Ida fortalte at hun alltid hadde en samisk/norsk ordbok i lomma som hun brukte flittig i sin samhandling med den samiske pasienten. På den måten forsøkte denne sykepleieren å gjøre det beste ut av situasjonen. Ved å bruke ordbok kunne sykepleieren her tilegne seg elementære kunnskaper i det samiske språket ved å slå opp i ordboken og se på betydningene av de samiske glosene. I NOU (1995) beskrives det at selv elementære kunnskaper har vært til stor hjelp i kommunikasjonen mellom pasient og pleier. Enkle samisk-kunnskaper som for eksempel å kunne oversette enkle samiske ord, vil hjelpe sykepleieren til å forstå pasientens elementære behov, som igjen vil motvirke uro hos pasienten. Pasienten vil også oppleve en respekt fra personalet for sitt eget språk.

Pasienter med demenssykdom har en progredierende utvikling og har liten forutsetning for å samarbeide og forstå situasjonene, i følge Skarstein (1994). Dermed kan personalet oppfattes som overgripere, og da særlig i stellesituasjonen. Personalet jobber innenfor en gitt tidsramme og faste rutiner i stellesituasjonen. Å tilrettelegge situasjonen godt nok krever tid, kunnskap, kollegial støtte og en positiv behandlingskultur. Dette avhenger igjen av ledelsens behandlingsfilosofi og personalpolitikk, skriver hun. Det å ha tid krever at det er nok personale på vakta. I stellesituasjonen vil kunnskap om den samiske pasientens bakgrunn gi en bedre forståelse av pasientens behov og atferd. Kollegial støtte vil her si å få hjelp til å tolke pasienten, hjelp til tunge løft og konstruktiv kritikk og trøst når man føler at man ikke har mestret en situasjon.

Ida hevdet at i forhold til enkelte samiske pasienter hadde kommunikasjon mellom henne og pasienten vært bedre hvis hun hadde forstått det samiske språket. Andre pasienter igjen uttrykte seg så utydelig at hun ikke var sikkert om det var et språk i det hele tatt. Imidlertid kunne hun ikke vite sikkert om det kanskje var noen "ordentlige" ord innimellom, siden hun ikke skjønnte hva de sa, for det er jo sånn at de pasientene med demenssykdom går tilbake både språklig og mentalt. Jeg tror det utydelige språket mest sannsynlig var samisk eller samisklignende siden sykepleieren ikke kunne gjenkjenne det. Når hjelperne mangler

kunnskap om de gamles tidligere liv og relasjoner, vet en at kommunikasjonsproblemene forverres (NOU 1996). Når så de eldre innimellom blander samisk og norsk språk uten å bli forstått, kan man lett skjønne at det vil kunne oppstå psykiske reaksjoner hos disse pasientene. I nevnte NOU skrives det:

Kommunikasjonsproblemer kan oppstå når konsentrasjonsevnen svekkes, og språkforstyrrelser utvikles. Pasienten kan glemme alminnelige ord, og erstatte dem med andre ord med et annet innhold som forandrer den tilsiktede meningen. Talen kan også bli utydelig og uforståelig. Når språket blir mer preget av samiske ord og begreper, kan det virke enda mer uforståelig for et norsk pleiepersonale (1996:180).

Ida fortalte videre om flere utfordringer i møte med de samiske pasientene med demens. De fleste utfordringene gjaldt kommunikasjonen mellom henne og pasienten. Ida fortalte:

”Når det gjelder elementære ting som mat, drikke og toalettbesøk går det greit så lenge jeg kan spørre dem og de kan si ja eller nei. Men så er det jo andre ganga igjen det ikke blir forstått helt, og så vet man ikke om dem føle trang til å gå på do. Hvis man for eksempel spør dem etter middag og de skal legge seg og sove litt etterpå, må man jo spørre flere ganger. Noen blir jo irritert av det igjen. Det blir jo nesten til at man maser. Jeg tolker det slik at det er redselen som gjør at aggressiviteten kommer frem, for dem er ikke aggressive i utgangspunktet. Dem blir frustrert og redd når dem ikke skjønne ka som foregår, og det gjelder uansett kossen språk pasienten snakker”.

Her beskrev Ida kommunikasjonen og forståelsen hos henne selv og de samiske pasientene med demenssykdom som vanskelig, og hun følte selv at hun maste på pasientene. I slike sammenhenger blir arbeidsdagen mer krevende og det kreves at Ida har full oppmerksomhet på den minste lille bevegelse eller mimikk hos pasienten. Samtidig må hun forsøker å tolke disse uttrykkene i beste mening for pasienten, og prøve å signalisere til pasienten hva hun har tolket. Merleau- Ponty (1994) hevder at man kun kan tale til oss på et språk som vi allerede kjenner, hvert ord i en vanskelig tekst fremkaller tanker i oss, som vi i forveien råder over.

Jeg tenker at siden det norske språket blir uforståelig for den samiske pasienten som har mistet det norske språket, fremkalles det ikke tanker i forveien hos pasienten, slik Merleau-Ponty (1994) beskriver. Ida brukte god tid i samhandlingen med pasienten for å unngå at pasienten skulle bli redd. Dermed kunne hun avverge en god del aggressivitet. Med et annet språk og en annen kulturell bakgrunn brukte hun ganske mye lengre tid på å forklare og observere at pasienten hadde forstått samhandlingen.

5.3.3 Ellen møter en utfordring hun ikke har kompetanse nok til å løse alene

Ellen fortalte også om en episode der hun som profesjonell utøver følte at hun ikke mestret situasjonen, og måtte få hjelp av en samisktalende pleier for å kunne forstå pasienten. Hun fortalte at hun mange ganger hadde innhenta kollegaer med samiske kunnskaper for å tolke i møte med samiske pasienter. Hun fortalte:

”Ja det va no blant ainna (lattermild), det va en natt... Når de gamle blir dement miste dem også hemningen i forhold til det seksuelle. Den her episoden utspant seg på en nattevakt. Det var en mannlig pasient. Han gjentok og gjentok et samisk ord som eg ikke forstod, og eg tenkte at det er jo nåkka han vil. Eg liksom prøvde å foreslå for pasienten ka ordet betød, men nei, det var ikke det- og ikke det han ville, og han hadde veldig dårlig språk. Heldigvis hadde eg nattevakt sammen med en pleier som forstod samisk, så eg gikk til ho og sa:” Kan ikke du gå inn til han, for det e nokka han vil”. Eg prøvde å gjenta det ordet han sa, men ho klarte ikke å forstå, men eg sa:” Prøv du å gå inn og hør ka kan sier, for det må være nokka han vil”. Ho kom ut av rommet og det visste seg at det var et ”på kanten” seksuelt uttrykk. Det var viktig for pasienten at denne pleieren forstod, for da kunne ho liksom rettlede han og prate med han- som ikke eg klarte da. Etterpå sa ho til meg:” Ja, så det der ordet må ikke du begynne å si (latter). Du må ikke begynne å spørre andre om det!” Det var et sånt gammelt ord også, men ho var herifra, og ho sa at det var ”år og dag” sia ho hadde hørt det uttrykket.”

Her følte sykepleieren at hun ikke behersket situasjonen. Hun prøvde først på sitt vis å roe ned pasienten og samtidig forsøke å finne betydningen av dette samiske ordet. Det var ikke enkelt, og hun viste her et eksempel på at hun ikke klarte å få til en forståelig kommunikasjon på grunn av for lite kjennskap til språket. Det var et gammelt ord, sa hun. Da kreves det nesten at man er født og oppvokst i samisk kultur for å skjønne spesielle tilfeller eller ord som dette. Hun sa også at det var viktig for pasienten at kollegaen forstod. Han roet seg ned når han kunne samtale med kollegaen, som igjen kunne rettlede ham i denne situasjonen.

Sykepleieren tok her ansvar og hentet en kollega som hadde kjennskap til samisk språk og kultur fordi hun her mente det var det beste for pasienten. Hvem som tolker, er viktig i følge NOU (1995). Tolkeren bør ha god kjennskap til feltet og pasientens bakgrunn. I denne sammenhengen vil feltet være innenfor helsevesenet. I dette tilfellet var derfor kollegaen en ideell tolk, som kunne bidra til å roe ned pasienten og skape en bedre forståelse og samhandling mellom den norske sykepleieren og den samiske pasienten med demens. Sykepleieren møtte denne pasienten med stor respekt. Hun forsøkte så godt hun kunne ved å kommunisere adekvat med pasienten, fordi hun så at han var oppskaket. Men siden sykepleieren ikke selv lyktes med å forstå pasienten, innhentet hun kyndig hjelp for å hjelpe pasienten på en best mulig måte.

Når de eldre får en demenssykdom fører dette til at de noen ganger mister sine naturlige hemninger, slik som Ellen beskriver i denne hendelsen. Pasienten mister noe av sin bluferdighet i et bestemt stadium av demensutviklingen. Dette bekrefter også Berg (1990) og Normann (1992). Normann hevder at blant annet følelser knyttet til seksualitet kan ligge begravd i en gjennom livet, og i et stadium av forvirringen er det som om ”bunnen” faller ut. Jeg vil tro at i dette tilfellet hadde nok ikke denne pasienten kommet med sine seksuelle ytringer til pleierne hvis han ikke hadde hatt en demenssykdom. Berg beskriver at iblant forsvinner hemningene som kontrollerer alminnelig atferd og språkbruk. Seksuelle ytringer hører som regel til i det ”private rom”²¹, og da særlig for denne generasjonen.

5.3.4 Kan sykepleierne møte disse utfordringene på en annen måte?

Sykepleierne i min studie sa alle at samhandlingen med den samiske pasienten var vanskelig på grunn av at de ikke har samisk bakgrunn eller har særlig kunnskap om samisk språk og kultur. Men kan de likevel møte en samisk pasient med demenssykdom på en slik måte at pasienten får tilfredsstilt sine behov på en verdig måte? Dette vil nok være avhengig av den enkelte sykepleierers evne til å vise omsorg, for jeg vil tro at de grunnleggende omsorgsperspektiver vil være tilstede uansett. Eikjok Andreassen (2007) stiller i sin studie spørsmål ved om en må være same for å forstå historiene til de samiske pasientene? Hun tror ikke det finnes et ja eller nei -svar på dette spørsmålet. Det er mer nyansert enn som så, hevder hun:

Jeg tror at et trent blikk og en fagperson med erfaringer vil kunne fange opp de samme historiene bak historien, som de samiske helse- og sosialarbeiderne har vist oss gjennom avhandlingen. Kanskje, jeg vet ikke. Det jeg vet gjennom tjuefemårs yrkeserfaring er at du må tørre å stille spørsmål om samisk identitet eller en skjult samisk identitet. Og for at du skal tørre å møte de svarene du får, så fordrer det at du har erfaring innenfor det feltet du får svar fra (Eikjok Andreassen 2007:60).

Det beste hadde vel vært om sykepleieren aller helst hadde hatt samisk bakgrunn eller i hvert fall kunnskap om språket og kulturen. Likevel er det ikke alltid at sykepleieren som skal behandle den samiske pasienten innehar denne kunnskapen. Kan det da være andre måter å nå de samiske pasientene på?

²¹ Det private rom i denne sammenheng mener jeg sammen med sin kone eller kjæreste i enerom.

Hvis en tenker på omsorg, så vil det være naturlig å møte pasienten i form av for eksempel samhandling. Normann m fl. (1998) viste i sin studie at de fleste klare øyeblikk skjedde spontant når pasientene samhandlet nært sammen med en pleier som ikke satte krav til dem. Jeg tenker at hvis det er slik at nær samhandling fører til flere klare øyeblikk hos pasienten, vil jo dette være en god måte å kommunisere med pasienten på. Det å gjøre noe sammen, som for eksempel å gjøre noe handarbeid, vil muligens bidra til at pasienten retter oppmerksomheten mot sykepleieren. Sykepleieren kan da lettere oppnå ”ansikt til ansikt” kontakt. Dette kan ifølge Normann (2001) lette kommunikasjonen med personer med alvorlig demens.

Diskret berøring er en av våre mest fundamentale måter å kommunisere på. Omfavning og berøring ble benyttet av pleierne for å oppnå bedre samhandling med pasientene i følge Rundqist og Severinsson (1999) og Hansebo & Kihlgrens (2002). Alle pleierne fortalte om viktigheten av berøring som kommunikasjonsform, selv i situasjoner hvor pasienten var urolig og fortvilet. Å få kontakt med pasienten via berøring var noe alle pleierne hadde forsøkt, og det var vellykket hvis ”det var det rette øyeblikket”, ellers måtte de godsnakke for å få kontakt.

Berøring var beskrevet å inkludere konkret diskret berøring som for eksempel å stryke over hånda eller håret, og mer abstrakt berøring via øyekontakt (Hansebo & Kihlgren 2002). Det nære forholdet ble også til ved deres øyekontakt under aktiviteten. Pleierne viste medfølelse, og ble da i stand til å fremkalle følelser og trygghet hos pasientene. Der var episoder bygget på ro og fred, hvor pleier og pasient så ut til å være likeverdige personer. Berøring var en del av den non- verbale kommunikasjonen og ble utført med respekt for pasientens private rom og integritet. Det var en mer sensitiv enn verbal tilnærming (Rundqist og Severinsson 1999). Når du berører noen, føler du den andres og din egen kropp på en gang, og avstanden blir dermed redusert. Men sykepleierne må være klar over at toleransen for berøring avhenger av den kulturen du kommer fra og din sosiale tilhørighet. Derfor bør berøring fremtre forsiktig. Å bli berørt er en annen måte av berøring, det vil si en måte hvor din dypeste følelse av berøring er blitt til av øyekontakt eller talte ord fra pasienten, i følge Hansebo & Kihlgren (2002). Berøring på forskjellige måter ser ut til å være en måte for pleierne å bekrefte tilstedeværelsen til pasienten og for å lede lidelse, tap og angstfulle pasienter med demenssykdom tilbake til den tiden og stedet handlingen fant sted. Hensikten for sykepleieren

er å bli en del av forholdet som er nødvendig for legingsprosessen til pasienten. Mennesket har behov for å bli berørt (Hansebo & Kihlgren 2002).

Rundqvist og Severinsson (1999) skriver at verdiene i pleiekulturen inkluderer omtanke, hensynsfullhet, tålmodighet og medlidenhet. Omfanget av anerkjennelse, mykhet, morsbeskyttelse, medlidenhet og barmhjertighet er viktig for en god samhandling mellom pasienten og sykepleieren. Dette hevder de ble synlig via myke hender, myke stemmer, myk omtenksomhet, bruke god tid og sitte ned en stund sammen med pasienten.

Kommunikasjon kan utføres på mange måter, slik som studiene jeg har henvist til her viser. Det vil nok alltid oppstå situasjoner der den norske sykepleieren må møte den samiske pasienten alene, der det ikke er kollegaer i nærheten som kan samisk og hvor den norske sykepleiere er nødt til samhandle med den samiske pasienten. Da må sykepleieren ty til bevisst non-verbal kommunikasjon hvis nødvendig, som beskrevet i det forestående.

5.4 Hva var gjeldende under denne generasjon samers oppvekst?

Sykepleier Ellen fortalte om hvordan fortiden ofte kommer tilbake i hukommelsen til de samiske pasientene med en demenssykdom. Ellen sa:

”Vi må huske på at den her generasjonen hadde mye sorg og tap. De har opplevd krigen og mange av dem har vokst opp som minoriteter. Dem har opplevd bråe dødsfall og tap av barn. Og i den her kulturen og religionen, så var det mange ganger de eldre sa at de skulle være glad for det som hadde skjedd, det var Guds vilje. Det var ingen trøst for en mor som for eksempel mistet et barn- at ho skulle være glad. Det var jo meint som en trøst, i religiøs sammenheng. Vi som jobbe her oppleve ofte, den her sorgen som kommer hos disse pasientan, den kommer tilbake. Det er klart at på den tiden var det bare å bli ferdig med det som hadde skjedd og gå videre”.

Det var kanskje ikke rom nok for bearbeiding av sorgen på den tiden, slik at den ubearbeidede sorgen som moren i eksemplet ovenfor bar på, trengte å få utløp senere i livet. I følge Ellen var det om å gjøre å være ”sterk” og gå fort videre med hverdagslivet så snart som mulig etter hendelsen. Heap (2000) hevder at behovet for å beskytte oss mot andre sine følelser kan noen ganger i en krisesituasjon medføre at vi undertrykker følelsene på forskjellige vis. Jeg tror at demenssykdommen også gjenspeiler seg i denne sorgen. Når de eldre får en demenssykdom fører det til hukommelsestap, men fremdeles kan de ha glimtvis hukommelse fra fortiden.

Kortidsminnet er som regel dårligst. De henter fram disse minnene fra fortiden som i denne fortellingen der en mor fremdeles sørger over tapet av sitt barn.

For å kunne gi trøst til disse pasientene som har vonde opplevelser og minner fra tidligere i livet, er det i følge Horn & Stendal (1993) viktig å finne en balansegang i forhold til den enkeltes behov for nærhet og avstand. Nærhet og avstand kan også være situasjons- og tidsbestemt. De skriver videre at det kreves kunnskap og finfølelse for å kunne opparbeide et tillitsforhold som kan gi grobunn for nærhet. Heap (2000) skriver at få kan bli så ensomme som foreldre som har mistet et barn. Her gjenopplever mor som har en demenssykdom sorgen over hendelsen, og hun gjør det kanskje gjentatte ganger i løpet av døgnet? Det vil nok være naturlig for en mor å sørge over barnet sitt. Dette tapet kommer hun nok aldri helt over. Men denne sorgen vil vanligvis mildne noe med årene.

Det er nyttig å se tilbake på den kulturelle historien, for lettere å kunne sette seg inn i hvordan de som bor på sykehjem i dag levde i sin tid, og hvilke normer som var gjeldende i det samiske samfunnet da de vokste opp i 1920-30 årene. Høgmo (1986) skriver at de som ble født i perioden 1905 til 1925 vokste opp i en periode der de fikk oppleve de sosiale omkostningene det innebar å ha samisk herkomst. Sønnene søkte sitt utkomme gjennom å reise på fiske. Døtrene tok tjeneste rundt omkring i distriktet. De som vokste opp i denne perioden har også opplevd krig. Høgmo (1986) skriver videre at det var nedgangstider i kystsamiske området i 1920-30 årene. Folk var selvforsynt av småbruk og fiske, og ved århundreskiftet, fra 18- til 1900 tallet, ble småbrukerne mer markedsorientert og fiskeflåten ble mekanisert. Det førte til endringer både i den kystsamiske kunnskapsverden og deres relasjonelle verden. Sammenkoblingen mellom samiskhet og økonomisk fattigdom ble forsterket. Høgmo skriver at det var viktig å være norsk:

Det er kanskje ikke så rart at denne rammen om folks liv nedfelte seg i en kollektiv erfaring som tilsa at samisk tilhørighet, språk og kultur for øvrig, var en hemske i mange av livets gjøremål. Veien til fremgang gikk gjennom å kvalifisere seg i det norske samfunn (Høgmo 1986:296).

Andre verdenskrig endret denne kystkommunen på mange måter. Høsten 1944 ble stedet utsatt for tyskernes brente jords taktikk. Folk ble evakuert sørover. Fiskeriene, slik de har vært i mellomkrigstiden, ble ikke gjenopptatt. I tiåret etter krigen engasjerte mange seg i

sesongarbeid i skogbruket i Sverige og i det sørlige Norge. Hele familier kunne forlate kystkommunen i sesongene (Bjerkli 2000).

En av de største bygdene i kommunen var isolert uten veiforbindelse. Bygda fikk ikke bilveg før på begynnelsen av 1960 tallet. Veien ut av bygda (som i dag er E6) kom først på 1970-tallet. Kommunikasjon skjedde med båt, en kommunikasjonsform som var vanlig blant folk i regionen. Denne kommunikasjonsformen var svært viktig for folk langt inn på 1950 tallet (Bjerkli 2000).

Jeg har erfart gjennom min jobb som sykepleier i eldreomsorgen at denne generasjonen eldre som har vokst opp på den tiden som beskrevet ovenfor, er særlig opptatte av båt og fiskeri, og da særlig blant mennene. Dette er ikke så rart når vi ser på deres forhistorie og hvor viktig båten var både som framkomstmiddel og som arbeidsredskap i fiskeriene. Disse pasientene har opplevd krigen, slik sykepleier Ellen refererte til, og som litteraturen viser. Det vil nok dermed ikke være unaturlig at enkelte bærer på traumatiske opplevelser, sorg og redsel fra fortiden. I tillegg har de blitt offentlig fornorsket. De samiske pasientenes forhistorie er med dette sammensatt av flere forskjellige komponenter som til sammen utgjør deres livshistorie. På grunn av sin bakgrunn og livshistorie er ikke dette en kravstor pasientgruppe, slik sykepleier Ellen også har erfart. Denne generasjonen har ikke kunnet tatt ting for gitt fordi de har opplevd for mye uforutsigbarhet i livet.

5.5 Pårørende/slekta/storfamilien

Sykepleierne fortalte at de hadde erfaring med at familien er, som tidligere nevnt, stor og viktig i samisk kultur og for den samiske pasienten. Det er vanlig at samiske pasienter har nære relasjoner til sin familie, slekt og venner. Nettverket bidrar til bedre å opprettholde sin egen identitet og selvforståelse. Sykepleierne begrunnet viktigheten med familien med at slekta bryr seg om hverandre, og tar vare på hverandre både i medgang og motgang. Sykepleierne har erfart at de samiske familiene har tette bånd, og er vant til å bry seg og ta vare på hverandre. Dette viser seg for sykepleierne når de samiske pasientene er innlagt i sykehjemmet.

Sykdom hos et familiemedlem berører store deler av slekta i forskjellig grad, og det er viktig å vite om slektningene har det bra. Gustavsen (1990) bekrefter at sykdom ikke er et privat

anliggende i den samiske kulturen, men angår hele storfamilien og slekten. Ny harmoni oppstår gjerne først når alle har deltatt i prosessen. Dette var også gjeldende i det samfunnet jeg vokste opp i, til tross for fornorskningen. Slik jeg tolker dette, undertryktes språket mer i fornorskingsprosessen enn den kulturelt befestede delen. Sin medfødte samiske kultur bar folket med seg, og den var med på å bestemme hvordan de valgte sitt levesett. I følge Tronvoll m.fl. (2004) vil den sterke tilhørigheten til slekt, geografisk sted og natur stå i motsetning til globale moderniseringsprosesser i samfunnet. Samiske tradisjoner der tilhørighet er viktig, står dermed i fare for å bli oversett og ikke tatt hensyn til i storsamfunnet. Jeg tror dette med tilhørighet er viktig å ha kjennskap til for de norske sykepleierne som arbeider i sykehjem. Tilhørighet er med andre ord et eksempel på hvor viktig det er å sette seg inn i den samiske kulturen for lettere å forstå den samiske pasienten, deres pårørende og det sosiale nettverket.

Både i den norske og i den samiske kulturen vil det være en vanskelig og ofte vond prosess for pårørende å skulle overlate sin nærmeste til et ofte ukjent personale på en institusjon. Wrålsen (1995) hevder at grunnen til at det er vanskelig er blant annet at de pårørende ikke kjenner til institusjonen, og at det er vanskelig å skulle overlate omsorgen for sine nærmeste til andre. De pårørende kan være usikker på om deres nærmeste blir godt nok ivaretatt av personalet på institusjonen. Jeg ser at det er viktig for sykepleierne å gi god informasjon til pårørende ved innleggelse og samtidig ytre et ønske om godt samarbeide, med pårørende som aktive deltakere i pasientens hverdag.

5.5.1 Pasienten kommer på en fremmed arena

Sykepleierne hadde alle erfaringer med at det var vanskelig for de fleste pasienter å flytte inn på sykehjemmet. Det å skulle flytte fra sitt hjem til ukjente omgivelser på sykehjemmet skapte ofte frustrasjon hos pasientene, fortalte de. Hos de pasientene som har en demenssykdom blir ofte tilstanden forverret når de kommer i nye omgivelser. Dette gjelder uavhengig av hvilken kulturell bakgrunn pasienten bærer med seg. Sykepleierne fortalte at de opplevde ofte at disse pasientene i begynnelsen fikk økende grad av forvirring. Skarstein (1994) skriver at pasienter med aldersdemens går igjennom flere kriser i sykdomsforløpet. En av disse krisene er knyttet til innleggelse i institusjon.

Hanssen (1995) skriver at en må regne med at samiske pasienter som ikke føler seg hjemme i storsamfunnets språk- og behandlingssystem, opplever seg fremmedgjort og engstelig på sykehuset. Dette må en anta kan være gjeldende også i sykehjem. For mange forsterkes denne opplevelsen av en følelse av å være mindreverdige, nettopp fordi de ikke behersker miljøet og språket på en slik måte som omgivelsene forventer. Jeg tror at når den samiske eldre pasienten blir innlagt på sykehjemmet, vil det for denne pasienten kunne oppstå en kulturkollisjon eller et kultursjokk. Kultursjokk defineres i NOU (1995) som den sykdom som oppstår som svar på overgangen fra en type av omgivelser til en annen, hvor individet er plassert i en ukjent sosial situasjon hvor tidligere adferdsmønstre oppleves som ineffektive, og hvor det mangler grunnleggende holdepunkter i forhold til sosialt samvær. I NOU (1995) skrives det videre at det kan være en påkjenning å løsrive seg fra sine røtter, særlig når det gjelder sted og gruppetilhørighet samtidig. Dette kan medføre en ytterligere helsemessig belastning for den gamle, selv om andre kanskje mener det er til det beste for pasienten. Det skrives videre at pasienten imidlertid etter hvert må tilpasse seg og akseptere sin nye situasjon. I denne prosessen vil pasienten kunne gjennomgå forskjellige faser. Følelsen av å være forlatt vil lett få overtaket i første reaksjonsfase. Pasienten kan føle sorg over å ha flyttet fra det som er kjent og kjært, og vil lett kunne oppfatte den nye tilværelsen som fiendtlig og farlig.

Sykepleierne må sørge for at pasientene får det så hjemlig som mulig og sørge for at pårørende bringer med pasientene deres private ting og husgeråd. Det kan virke beroligende på pasienten å være omgitt av egne ting og bilder. Men sykepleieren må ikke ta denne hjemligheten for gitt, i følge Hauge (2004):

Heimleggjeringssprosessen som til no er gjennomført, einerom med fleire private ting, oppussing av daglegstova og særleg det at det er færre bebuarar i kvar avdeling, gjer at dei tilsette kanskje tolkar livsforma i avdelinga som meir heimleg enn den faktisk er for bebuarane (Hauge 2004:210).

Det kan være på sin plass at personalet fra sykehjemmet drar på et hjemmebesøk hos pasienten før innleggelsen, for å se hvilke ting som betyr noe, og hvorfor. Håkansson (1992) skriver at et hjemmebesøk i forkant av sykehjemsinnleggelse kan bidra til en fornemmelse av hvilke forandringer og brudd som vil komme i forbindelse med flyttingen. Hun skriver videre at det da kan være en mulighet for å kunne medvirke til å befeste en sammenheng mellom pasientens tidligere liv og livet i sykehjemmet.

De gamle holder ofte ønskene sine for seg selv. De vil nødvendigvis være til bry og be om for eksempel hjelp til hårvask for ofte, fortalte Ida. Som pasienter i sykehjem opplever de ofte seg selv som på en fremmed arena, og krever minimalt. Men det er klart at hvis disse pasientene får en demenssykdom mister de en del av de naturlige bremsene, i følge Ida, men det er ikke en kravstor gruppe. Disse pasientene står ikke på sine krav. Disse pasientene krever ikke annet fra sykepleierne enn å bli forstått og få daglig pleie og omsorg, og det kan være krevende nok for sykepleierne.

5.5.2 Hvilket nettverk har den samiske pasienten som bor i sykehjem?

Jeg spurte sykepleierne om deres erfaring med hvordan familien og pårørende til samiske pasienter forholdt seg til at deres nærmeste bodde på sykehjem. Sykepleierne svarte at det gjenspeilte seg at slekta brydde seg om hverandre, også når pasienten var innlagt i sykehjem. Enkelte av disse pasientene hadde nesten daglig besøk av familien. De pårørende som bodde langt unna, ringte ofte, og de ville ha jevnlig rapport om sine slektninger. De som er født rundt 1910, gifte samt, enker/enkemenn, har som regel mange barn, noe som utgjør en omsorgsressurs for denne generasjonen, i følge Minde (2004).

Sykepleieren Ellen bekrefter også at familien er veldig viktig i den samiske kulturen. Når det gjelder nettverket til den samiske pasienten som er innlagt i sykehjem, så er det i hovedsak slektningene som danner dette nettverket. Ellen sa det slik:

”Når folk her og andre steder er over tid på sykehjemmet, så blir dem så fjerne fra å delta i samfunnet at det bare blir den nærmeste omgangskrets igjen. Og det er klart, en som er dement, det er ikke bare (enkelt) å sitte og samtale, selv for nære pårørende kan det være kjempetøft - problematisk. Det nettverket dem hadde, og den gode kontakten med barn og barnebarn blir mer og mer borte. De blir som fremmede, på en måte”.

Nettverket blir naturlig nok redusert når pasientene flytter på sykehjem, slik Ellen presiserte i dette sitatet. Pasienten blir liksom glemt i samfunnet for øvrig, og i tillegg til familien blir da personalet et viktig nettverk for pasientene. Det er naturlig siden den gamle ikke lenger deltar i det sosiale livet på bygda, men befinner seg innenfor sykehjemmets fire vegger og sjeldent, eller aldri deltar på noe utenom sykehjemsverden.

Nettverk bør pleies og være gjensidig, ellers har vi mennesker så lett for å gi hverandre opp. Naturlig nok må vi gi noe, for å få noe tilbake. Denne gjensidigheten opphører i stor grad når

den eldre får en demensdiagnose, fordi hun i perioder ikke lengre er i stand til å delta aktivt adekvat i et samspill mellom seg selv og andre. I de fleste tilfeller er denne samhandlingen en nødvendighet for å pleie vennskap og nære relasjoner. Den gamle har nok med seg selv og sin egen tilstand, og er både forvirret og redd til tider, fordi egen forståelse og forståelsen av andre gradvis forsvinner. Det er dermed lett å bli glemte av de som bor i samfunnet for øvrig når det blir gitt så lite signaler på egen tilstedeværelse. Normann (1999) skriver at en pasient som har fått en demensdiagnose, vil i stor grad leve i fortiden og ikke huske nåtiden like godt. Det kan synes som om de har manglende evne til gjenkjennelse, eller forstå det som sanses og de har hukommelsessvikt. Hvis pasienten har alvorlig aldersdemens, blir kommunikasjonen vanskelig.

En annen årsak til at pasientene som er innlagt i sykehjem har mindre nettverk enn tidligere i livet, er slik jeg ser det at mange i deres nære omgangskrets er døde. Det kan hende mange har mistet sine nære og kjære som foreldre, søsken, ektefelle samt venner. Tvedt (2005) skriver at aldring innebærer mye tap. I tillegg til å miste nære familiemedlemmer og venner, mister noen også psykisk helse og funksjonsnivå. Dette innebærer også at mange til slutt må flytte fra sine hjem.

Gustavsén (1990) hevder at sykdom oppfattes i den samiske kulturen ofte som disharmoni innen familie og slekt. Å være frisk vil i den samiske kulturen bety det samme som å være i harmoni med mennesker og miljø, hevder han. Gustavsén skriver videre at fra det ytre strømmes det en energi til menneskets indre, og denne strømmen må ikke forstyrres. Dette innebærer en forståelse av at individ og miljø er knyttet sammen.

Jeg mener helsepersonell må være klar over at samhold er veldig viktig for denne pasientgruppen, og selvfølgelig også det å bli involvert i det sosiale livet på sykehjemmet. Den samiske pasienten med demenssykdom vil nok også helst ha enerom på sykehjemmet, men vil nok i de fleste tilfeller ikke trives med å sitte alene på pasientrommet sitt på dagtid, uten sosial omgang med andre. De kan da bli ensomme og tilværelsen kan dermed føles meningsløs. Håkansson (1992) skriver at det er stor forskjell på menneskets forhold til ensomhet og til det å være alene. Noen liker å være alene, mens andre har behov for å være sammen med andre mennesker det meste av tiden. Denne forskjellen kan ha mange årsaker. Det kan skyldes den enkeltes egenskaper og de forhold mennesket lever under. Den enkeltes egenskaper betyr i denne settingen for eksempel evnen til å være mer eller mindre sosial.

Jeg tenker at de fleste samiske pasientene vil være påvirket av de forhold de har levd under, der de har vært vant til stort samhold og med det inkludering av egen person. Et annet nettverk for disse pasientene, i tillegg til storfamilien, vil derfor være pleierne og de andre beboerne på sykehjemmet. Håkansson (1992) skriver at kontaktforholdet til pleierne og de andre beboerne på sykehjemmet vil være ulike, fordi relasjonene vil være forskjellige. Personalet er der for å hjelpe og støtte en, mens beboerne er der fordi de har behov for hjelp og støtte. Jeg har erfart gjennom min praksis som sykepleier at både personalet og beboerne vil være et viktig nettverk for pasienten i sykehjemmet. På den ene siden trenger de pleie og omsorg, så godt det lar seg gjøre, fra pleierne, og på den andre siden trenger de sosial omgang med andre medpasienter. Men jeg tror det også her vil være individuelle forskjeller i behovet for sosial omgang. Med det mener jeg både innholdet i den sosiale omgangen og sammensetningen av medpasienter en omgås.

5.5.3 Når mor eller far går over til sitt samiske morsmål

Sykepleierne fortalte at den samiske familien bryr seg om den syke og tar vare på hverandre så langt det lar seg gjøre, men når for eksempel mor eller far rammes av demenssykdom, er det noen ganger slik at barna kan ha problemer med å forholde seg til at mor eller far ikke gjenkjenner dem. Hvis mor eller far går tilbake til sitt morsmål som i dette tilfellet er samisk, har barna oftest forståelse for det. Sykepleier Ellen sa det slik:” *Det blir en slags sorg for de pårørende å ikke bli gjenkjent av den gamle, særlig når det går over år. Pasienten er ikke død, men de gjennomgår en slags sorg lang tid forut. Det er klart at noen pårørende takler det bedre, og familien blir en veldig ressurs da. Særlig hvis de forstår språket og forteller om hvilke vaner og behov pasienten har*”.

Skarstein (1994), Ekman (1995) bekrefter at familie og venner føler sorg og maktesløshet over demenssykdommen som har rammet deres slektninger. Morsrollen blir snudd om på når for eksempel datter gir moderlig omsorg til sin mor. I følge Wrålsen (1995) har barna ofte etablert seg og er i en fase av livet der de tar mer hensyn til seg selv og sitt. I stedet må de gå inn som omsorgsgiver til sin mor eller far og opplever ofte å sitte med ansvaret for deres hverdag. Sykepleierne i min studie har erfart at mor eller far i perioder ikke lengre kjenner igjen sine barn som de har hatt så nære relasjoner til tidligere. Samhandlingen og

kommunikasjonen blir redusert betraktelig, og de befinner seg i en annen samhandlende kontekst enn tidligere. Skarstein (1994) hevder at miljøet kan bli preget av maktesløshet og resignasjon, og det er viktig at personalet er bevisst på å vektlegge faktorer som kan motvirke dette.

Wrålsen (1995) gjengir hva en datter beskriver som vanskelig i forhold til sin mor med en demensdiagnose. Hun skriver at moren har forandret seg og har blitt en annen enn den hun var. Moren gjør og sier ting hun ikke har gjort før, og naboer og venner reagerer på dette. Likevel vet datteren hvem moren har vært, og for henne vil hun alltid være den hun var. Nå forsøker hun å forholde seg til at moren er rammet av sykdom og møter henne ut fra dette. Jeg tror det er slik Ellen sier at de pårørende som innfinner seg med at mor har fått en demensdiagnose, blir ofte store ressurser overfor mor og gir viktige bidrag til at hennes hverdag skal bli lettere, og mer oversiktlig. De kan bistå med viktige opplysninger om ønsker og vaner, samt være en viktig samarbeidspartner til de pleierne som har omsorgen for mor. Pårørende er de som besitter kunnskapen om hva pasienten setter pris på og liker. Dette gjelder for både grunnleggende fysiske -, psykiske -, sosiale - og materielle behov.

De samiske pasientene som har demenssykdom vil i mesteparten av døgnet kommunisere til alle med sitt morsmål, og er i perioder ikke lenger i stand til å huske hvem i deres omgangskrets eller nettverk som kan snakke samisk. Det at de samiske pasientene med en demenssykdom går tilbake til morsmålet skjer også ufrivillig. Egentlig ønsker de det ikke, hevdet Ellen. Hun sa:

”Hvis dem hadde vært ”klar” så har dem ikke... Vi har jo opplevd en dame. Ungene var ikke klar over at hun kunne... jeg trur det var finsk.. Hun begynte å få finske ord når hun ble dement, og ungene var ikke klar over at hun kunne finsk, så, så skjult hadde det vært. De ble ordentlig overraska når hun snakka finsk”. Også en far, han hadde hele tida brukt norsk, og dattera hadde kun lært norsk, for samisk var ikke ”noe å lære”. Så ble han dement, og begynte å snakke samisk til dattera. Så sa dattera: Pappa jeg kan ikke samisk, og då blei han så forundret – at ikke hun kunne samisk! Dattera syntes igjen på sin side at det var kjempetrasig at ikke hun hadde lært samisk, for nå hadde han mista så mye av det norske språket, og han ble jo selv også kjempeforundret over at ikke hun kunne snakke hans språk!”

Her gir Ellen to gode eksempler på hvordan den gamle ikke har villet lære bort sitt morsmål til sine barn. Foreldrene mente at samisk ikke var noe å lære, og at barna skulle lære seg ordentlig norsk, for med det norske språket kunne man få seg en akseptabel og solid

utdanning. Samisk var ikke et språk som var integrert i skolen på den tiden. Det var ikke tillat å bruke samisk i skolen. Det var et språk som skulle fortrennes. I dette tilfellet er både far og datter fortvilte over at de ikke kan kommunisere så godt lengre språklig, men likevel har far og datter vokst opp i samme kultur, slik at de vil forstå hverandres kroppslige uttrykk. Far har ikke villet at dattera skulle lære seg samisk, i god tro i tiden om at det ville være til det beste for hans barn. Samtidig hadde nok ikke dattera på sin side vært så interessert i å lære seg samisk, for ikke å bli oppfattet som et annenrangs menneske. Høgmo (1986) skriver at barn som ble født under og etter andre verdenskrig, tok det for gitt at de var norske. I deres barneverden var det paradoksalt utenkelig å ha samisk tilhørighet. Etter krigen foregikk det et ganske sterkt moderniseringspress, der stigmatisering²² av samisk tilhørighet var et fremtredende element.

Ellen reflekterte over kunnskapen hun hadde om at samisk språk for det meste ble brukt hjemme. *”Når pasientene blir innlagt på sykehjemmet... kan vi lage det så hjemlig som mulig. Men dem er ute av sitt hjem, dem er borte, dem er på en fremmend arena. Og da, så lenge dem har - nær sagt ”forstanden” i behold, så bruke dem ikke samisk, det er først når det begynne å svikte at de snakker samisk. For samisk var et hjemmespråk, det var ikke noe du brukte ellers.”* I NOU (1995) hevdes det at det har vært forventet at samer skal kunne to språk, og norsk har vært det offisielle språket som alle skulle kunne. Å be om å samtale på samisk har vært å innrømme dårlige språkkunnskaper i norsk og å tilkjenne en samisk identitet, hvilket ikke alltid har vært ønskelig.

Nora sa at pårørende har etter hennes erfaring forståelse for at mor, når hun har fått en demenssykdom, snakker mest samisk. De er inneforstått med at det er hennes morsmål. *De sier: ”Jaha, nå er mamma gått tilbake til førstespråket sitt”.* Ida hevdet også at de nærmeste pårørende hadde forståelse for at mor eller far snakker samisk, selv om deres barn ofte ikke forstår det samiske språket. Dette mente hun var nok fordi mange av barna vokste opp med at de voksne brukte samisk som hjemmespråk, selv om de snakket norsk med barna sine. Johansen (1998) bekrefter at fornorskningen har ført til at når de eldre samene snakket sammen, ble ofte de unge holdt utenfor. Språket ble en barriere mellom generasjonene og hindret spontan kontakt mellom dem. De voksne brukte det samiske språket seg imellom både innad i familien og med naboer.

²² Stigmatisering innebærer å tillegge et individ eller en gruppe en rekke negative egenskaper på bakgrunn av ett bestemt kjennetegn; et ”stigma” eller et ”merke” (Høgmo 1986).

De samiske pasientene i denne generasjonen har først vært samisk, så ”norsk”, for igjen å bli samisk når de rammes av aldersdemens – det vil si at de har gått tilbake til sitt morsmål som er samisk, frivillig som etter min erfaring skjer sjeldnere, eller ufrivillig som skjer noe oftere. Grunnen til det er som nevnt at de undertrykte eller fortrenget sin samiske identitet i voksen alder og ble utad for omverdenen ”norsk” i denne perioden av livet. Innerst inne og til ”hjemmebruk” opplevde de seg som samiske gjennom hele livsløpet. En annen forklaring kan være at når demenssykdommen skrider frem, kan nåtida oppleves som fjern fortid, slik jeg har beskrevet tidligere i oppgaven.

Det er viktig at barna ikke tar avstand til mor eller far, men heller stiller opp og dermed kan være en stor ressurs, selv om de kanskje ikke til tider forstår hva mor eller far sier. Ida satte spørsmålstegn ved hvordan pårørende ville reagere på dette i framtiden. Hun sa det slik: ” *Men så spør det i forhold til neste generasjon, som sikkert har hørt en del samisk når de var små, men ikke brukt det samiske språket. Jeg lurer på kossen utslag det gir hvis de får en demenssykdom og kossen deres pårørende igjen takler det?* ”.

5.6 Behandling av sykdom og behov for behandlingsalternativer.

Sykepleierne hevdet at når de samiske pasientene skal behandles, er det mange ganger slik at de ønsker å engasjere en blåser før legen blir kontaktet. De driver også i stor grad med naturmedisin. Nymo (2004) skriver at samene har vært nødt til å vedlikeholde sine egne helbredelseskunster. En av grunnene til det er at det har vært vanskelig å få tak i lege, og det er ikke alltid at leger klarer å kurere sykdommen. Hanssen (1995) hevder at alle kulturer har sin oppfatning av hva sykdom og helse er, og medlemmene av de ulike kulturene reagerer på grunnlag av sine erfaringer og kunnskaper de er i besittelse av. Hun begrunner og eksemplifiserer dette med følgende utsagn:

Samene har et holistisk syn på seg selv som individ og som del av gruppen så vel som av naturen. Oppdelingen av mennesket i fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjoner oppfattes som noe som påtvinges dem i møtet med storsamfunnet og helsevesenet. Fordi det ikke skilles mellom det fysiske og det psykiske, skjer det en utstrakt somatisering av psykososiale problemer. Det kan også føre til at smerter uttrykkes annerledes enn det en ellers er vant til (Hanssen 1995:180).

Elstad (1987) hevder at sykdomserfaringer som oftest er påtvunget mennesket, fordi vi i utgangspunktet ikke ønsker disse erfaringene, men erfaringene trenger seg likevel på ved sykdom. Jeg undres på om det noen ganger også kan være fare for at enkelte mennesker kan bli påtvunget en behandlingsform eller behandlingsmønster de ikke har så stor erfaring med. Som for eksempel når samiske pasienter får en demensdiagnose og blir innlagt på sykehjem, vil det da være fare for at disse pasientene på en måte blir påført behandling som for eksempel medisiner, i det moderne helsevesenet?

Nora bekrefter at den samiske kulturen har mye overnaturlig: ”*Det er deres tro og det er det de har levd med (blåsere og lignende) og det kuttet direkte bort når de kommer inn på sykehjemmet*”. Med dette utsagnet tolker jeg Nora slik at hun mener at de ikke får leve ut sin samiske tro og virke inne på sykehjemmet. Hun mener de må ta imot den hjelpen som blir tilbudt, ikke alternativ medisin som for eksempel blåsing.

Engelsrud (1990) skriver at i omsorgsarbeidet blir kroppen ofte en gjenstand og en diagnose. Denne kroppen blir pleiet og stelt av omsorgsarbeiderne på en måte som forventes å holde faglige mål, hevder hun. Jeg tror det er en av grunnene til at det er så vanskelig noen ganger å gi rom for andre behandlingsalternativer. Nettopp fordi det forventes å holde faglige mål som Engelsrud her beskriver, men også fordi det i dag kreves dokumentasjon på utført behandling. Denne dokumentasjonen er vanskelig å skaffe seg via alternativ medisin. Det er noe den moderne medisinen kan skaffe til veie via dokumentasjoner som for eksempel via blodprøvetaking. Behandlingen skal i de fleste tilfeller være av en slik karakter at en har en vitenskapelig dokumentasjon på at behandlingen virker/er effektiv (evidencebased medicine).

Ida mente at noen samiske pasienter med demenssykdom hadde vanskelig for å ta imot hjelp. ”*Det er de pasientene som har så langtkommet demenssykdom at de ikke skjønner at de har behov for hjelp. De skal jo styre og ordne sjøl, og det kan jo bli kaotisk til tider. Og vanskeligere er det når dem endatil har et annet språk og litt annerledes oppfatning av saker og ting*”.

I situasjoner som denne må sykepleieren vise respekt for den unike personen som den aktuelle pasienten er. Hansebo & Kihlgrens (2002) studie viste at når det ble vist respekt for pasienten, var sykepleiersituasjonen karakterisert med vennlighet, høflighet og invitasjon til å delta sammen på aktivitetene. Sykepleierne ba om godkjenning før de handlet og uttrykte ydmykhet

og sensitivitet for pasientene. De spurte dermed om deres mening og ønsker. Jeg tenker at det kan være en fin måte å nærme seg pasienten på slik at hun/han blir mer mottakelig for å ta imot hjelp. Selv om ikke sykepleieren snakker samisk kan hun uttrykke seg via kroppsspråk, berøring og øyekontakt. Hansebo & Kihlgren (2002) skriver at sykepleierne forsøkte å ha en balanse mellom fortrolighet og avstand. De tok hensyn til pasientens vilje og lot de samtidig beskytte sin selvoppfatning. Jeg tror en slik tilnærming fører til at pasienten får en følelse av selv å bestemme, men med kyndig veiledning fra sykepleieren.

Ellen fortalte at i den samiske kulturen oppsøkes blåsere når noen blir syk, og hun har opplevd veldig mange ganger at det er blitt tilkalt "blåsere" til innlagte pasienter som har ønsket det. Det har også hendt at innlagte pasienter som har drevet med blåsing, har blitt benyttet av medpasienter. Det har ikke vært problematisk for pasientene å ta imot annen hjelp på grunn av sin samiske bakgrunn, hevder hun, men hun tror problemet er at pasientene ikke klarer å forstå deres eget beste eller hva som skjer og motsetter seg derfor hjelp/behandling når de får en demenssykdom. Dette er gjeldende enten pasienten er norsk eller samisk, uavhengig av kulturen, hevdet Ellen:

"Den her generasjonen har også vært nødt til tidligere å ty til alternativ medisin, både på mennesker og dyr. Under krigen var det vanskelig å få tak i legehjelp og dyrleger fantes ikke på den tiden. I tillegg til å kontakte "blåsere" var de flinke til å utnytte naturen, og lagde sin egen medisin av tørkede naturprodukter".

Hansen (1995) skriver at som alle folk, utviklet også samene sin egen folkemedisin. Her stod noaidene sentralt som helbredere. De leste blant annet på sår og stoppet blod, noe som ikke er uvanlig den dag i dag. Samene har brukt urter og reinsdyrprodukter til å lage medisiner, i følge Hanssen (1995).

Jeg har erfart gjennom min oppvekst at i den samiske befolkningen generelt er det vanlig å ty til alternativ medisin i første instans, som tidligere nevnt, og deretter i sammenheng med den moderne medisinen. Det vil si, gjerne før legebesøk og ofte sammen med legebesøk eller sykehusinnleggelse. Ved operative inngrep blir det eksempelvis ofte ringt privat til en blåser for smertelindring, slik at denne lindringen virker i tillegg til, eller i stedet for smertestillende legemidler.

5.7 Opplæring i samisk språk og kultur

Sykepleierne sa at møtet med de samiske pasientene med demenssykdom hadde vært lettere hvis de hadde hatt mer kunnskap om samisk språk og kultur. Vi hadde under intervjuene snakket om hva samisk språk- og kulturforståelse innebar, og hvilken konkret betydning det hadde for hverdagen til pasientene og sykepleierne. Merleau-Ponty (1994) underbygger viktigheten av å forstå kulturelle uttrykk ved å hevde at den som snakker fullfører en tanke, ikke skaper den, og at den som lytter, mottar tanken fra selve det talte ord. Språket forutsetter ikke tanken, bare fullfører den, skriver han. Jeg tenker at vi må forstå hverandres kulturuttrykk for å kunne motta forståelsen av tanken fra det ”talte ord”, som Merleau- Ponty her beskriver:

Ordet er fritt for egen kraft, fordi den kun utgjør det ytre tegn på en indre erkjennelse, som kunne foregått uten det, og som det ikke bidrar til. Det er ikke fritt for mening, siden det ligger en kategorial operasjon bak det, men det har ikke denne meningen, det besitter den ikke, det er tanken som har mening, og ordet er og blir et tomt hylster. Ordet bærer ikke sin mening, og den besitter ikke noen indre kraft (1994:140).

5.7.1 Hva mener de norske sykepleierne skal til for å bedre deres relasjoner til de samiske pasientene?

Nora mente at det hadde vært en stor fordel hvis hun hadde kunnet samisk, og dermed lettere kunne kommunisert og fulgt pasientens ønsker. Mange ganger hadde det vært en stor fordel om alt personell hadde kunnet samisk, hevdet Nora. I følge Ekmans (1993) studie forstår pleierne som snakker pasientenes språk, pasientens kommunikasjon bedre. De kan også lettere forstå den verden som er åpnet seg via pasientens utsagn, og sette seg inn i deres budskap. Dette er gjensidig, skriver Ekman videre. Pasienten kan lettere forstå pleiernes budskap når de snakker deres språk, og dermed den verden pleierne avslører.

Nora så under intervjuet betydningen av å inneha samisk kunnskaper for å kunne kommunisere og følge pasientens ønsker på en verdig og tilfredsstillende måte, noe jeg mener enhver pasient har moralsk krav på, men som for denne pasientgruppen ikke er en selvfølge. De er prisgitt hvem som tilfeldigvis til enhver tid er på jobb. Norske sykepleiere uten samisk kunnskap vil ikke kunne fylle deres hverdag like godt som en sykepleier med samisk språk- og kultur kunnskap. Man skulle tro at det var en selvfølge at man skal bli forstått i sitt egen hjemland, men det er dessverre ikke alltid tilfelle for de samiske pasientene som har utviklet

demenssykdom. Eikjok Andreassen (2007) kom i sin studie frem til at til forskjell fra en norsk helse- og sosialarbeider har samiske helse- og sosialarbeidere primært språket som et nødvendig redskap for å forstå. Hennes mastergradsavhandling viser også at samiske helse- og sosialarbeidere har en annen forståelse, selv om de ikke nødvendigvis innehar det samiske språket:

Vi har en annerledes taus dimensjon i vår kunnskap som ikke en norsk helse- og sosialarbeider har eller kan få. Den tause dimensjonen handler blant annet om felles erfaringer med å være samer i et norsk samfunn. Denne type taus kunnskapsdimensjon er det vanskelig å lese seg til (Eikjok Andreassen, 2007:94).

Det er like viktig å kjenne til den samiske kulturen som språket, for da får du en helt annen forståelse for pasienten, sa Ellen:

”Bare det å vite om hva dem har vært igjennom i forhold til det her med språket. Og neste generasjon - etter språkstriden som har vært på 90-tallet, når de blir gammel, ikke sant, så får du en annen reaksjon, for dem stod midt oppi den..(konflikten og kampen om å gjenoppta og ivareta samisk språk og kultur). Men likevel så har dem kulturen, den er med dem uansett. Ja, og det ser man jo også at det ytre skal ikke være på samisk – ikke samisk norsk salmesang for vi” forstår” ikke det samiske. Men du kan si at kulturen er som sagt ganske felles. Mens de eldre.. det var veldig skille mellom samisk og norsk. Bare det å tenke på at de har klart å bevare sitt språk, det jo bare imponeres. Vi har ca 10 stykka innlagt pr i dag som snakke samisk, og mange av dem har en demenssykdom”.

Det er helt klart at det er viktig å kjenne til fornorskningspolitikken og språkstriden som har vært tidligere i dette området, sa Ellen. Bjerkli (2000) skriver at selv om mange i denne kystkommunen ser på seg selv som samer, setter andre spørsmålstegn ved den samiske tilknytningen:

Vi er ikke samer, vi er en blanding av tre forskjellige folk, norske, samiske og kvener, og nå er vi alle norske, kan man høre lokalt. Andre er fornøyd med å være norske, selv om de vet at de har en samisk bakgrunn, og mener revitaliseringen av det samiske vil være et steg tilbake. I dag snakker imidlertid mange åpent om tidligere tiders vansker med det å være same, og refererer slik til egen samisk fortid, selv om de ønsker å framstå som norske i dag (Bjerkli, 2000:4).

Mange hadde store innvendinger mot å gjeninnføre det samiske språket og kulturen samt bevare denne, men nå er vi på god vei, i følge Ellen. Dette bekrefter også Pedersen & Høgmo:

Språkloven og læreplanen har gitt anledning for alle de som ønsker å ta i bruk samisk og gi sine barn opplæring i samisk språk og kultur, muligheter for dette. Mange har gjort det. De eldre i kommunen får Guds ord og sjelesorg på samisk om de ønsker det, og vi har sett den store innsats som er lagt ned i pleie- og omsorgssektoren for å imøtekomme de eldres behov og deres rett til å samtale på sitt morsmål (2004:92).

Ellen fortalte videre at de har hatt pasienter som var helt samisktalende, og som egentlig hørte til i en annen kommune. Grunnen til innleggelse for pasienter som tilhørte andre kommuner, var at de hadde så god kompetanse i samisk på dette sykehjemmet at samisktalende pasienter ønsket å komme hit. Ellen sa til slutt at: ”Så det er jo klart at det er kjempeviktig, språk, det er jo nesten det viktigste”.

Ida hevdet at det ville ha vært av stor betydning å lære seg de mest alminnelige samiske glosene, i alle fall så mye at hun forstod de dagligdagse ordene som for eksempel i forbindelse med spising, toalettbesøk og stell. Men det var også viktig for Ida at hun klarte å uttrykke seg så tydelig at pasientene forstod henne. Hun sa: ”Ja, samisk er kanskje ikke så lett å lære, med alle bøyningene i språket, men det er greit å kunne si de her mest elementære ordene. Forskjellige glosa som melk, middag og brød og at de kanskje skjønne litt mer om hva vi snakker om. Også kanskje det å vaske seg og pusse tenner og sånne ting”. Ida hadde ikke deltatt på Samisk kulturseminar²³. Men hun anså det som viktig å få delta på kulturseminarer for å lære mer om den samiske kulturen og å kunne være observant i forhold til den. Hun mente også at kulturseminarene bidrar til en større bevisstgjøring rundt den samiske kulturen som finnes her. Ida sa at hun på denne måten ville fått en jevnlig oppsummering av temaet. Jeg tror at grunnen til at Ida ikke hadde deltatt på samisk kulturseminar var at det ikke har vært slike seminarer de siste årene, og siden hun ikke har arbeidet så lenge ved dette sykehjemmet, har hun ikke fått anledning til å delta.

5.7.2 Samisk språk og kulturoplæring for en av de norske sykepleierne

Ellen er den eneste av mine informanter som har tatt samisk språkkurs og hun hadde arbeidet i noen år før hun tok nevnte språkkurs. Hun tok språkkurset, men sa innledningsvis i intervjuet at hun ikke er samisktalende, men at hun kun endte opp med å lære noen få glosor på samisk. Hun hadde erfart at det var viktig for henne og pasientene at hun tilegnet seg mer kunnskap om deres språk og kultur. Hun fortalte en historie fra da hun skulle lære seg samisk:

²³ Et kulturseminar vil i denne sammenhengen si et seminar for personalet, der samisk språk og kulturhistorie står på programmet.

”Eg trudde at det her var en enkel sak å lære, men eg såg jo kor vanskelig det her var med alle bøyningene. Eg husker spesielt en gang vi var her på sykehjemmet og skulle snakke med de som bor her. Eg snakka med ei dame – og prøvde å ”knote” så godt eg kunne på samisk. Så sier damen til meg: Kan du ikke norsk? Jo da, sier eg, neimen så sier hun – så lær deg norsk (latter), lær deg ordentlig norsk. Nei ”pia” du kommer ingen vei med samisk! (latter). Så det var nok den holdningen også!

Damen som Ellen her refererte til hadde kanskje ikke en demenssykdom og syntes nok at det var unødvendig at de kommuniserte på samisk, siden begge forstod norsk. Men det henger nok også sammen med det jeg har omtalt i kapittelet 5.5.3 ”Når mor eller far går over til sitt samiske morsmål” om at denne generasjonen ikke syntes samisk var noe å lære, og såg dermed ikke verdien av det. Men Ellen var imidlertid midt oppi en læringsprosess for å kunne kommunisere bedre med samiske pasienter med demenssykdom, og strevde med å lære seg språket.

Ellen erfarte at samisk var vanskelig å lære. Når man skal lære seg språk, så snakke man det gebrokkent gjennom hele livet, sa hun. Hun fortalte: *”En utlending som lærer seg norsk vil jo hele tiden høre at han ikke har norsk som morsmål. Samisk.. eg veit ikke, det er nokka spesielt med det språket. Har ikke du fått det med fra morsmelka, så blir du litt sånn latterliggjort. Du kan jo kanskje snakke det grammatisk rett, men du får ikke det riktige tonefallet.* Jeg kan gjennom det Merleau-Ponty (1994) skriver, forstå mer av det Ellen her sa. Det at et språks fullstendige mening aldri kan oversettes til et annet. Vi kan snakke flere språk, men et språk vil alltid være det språket vi lever i. For å tilegne seg et språk fullstendig må man overta den verden, det uttrykket, og man kan aldri tilhøre to verdener på en gang. Eikjok Andreassen (2007) hevder at fullstendig oversettelse av et språk kan være vanskelig blant annet fordi det for eksempel i et uttrykk kan inneholde følelsessmessige forhold som ikke lar seg oversette.

Ellen understrekte at samiskopplæring var viktig, men hun syntes det var like viktig å forstå kulturen og verdien av den. Hanssen underbygger hvorfor det er viktig å forstå kulturen:

Kulturen er bestemmende for personens tenkning omkring helse og sykdom, for språk og kommunikasjon, syn på tid, samt autoriteter, individualitet og gruppetilhørighet osv. Disse faktorene står i en gjensidig dialektisk forhold, og sammen påvirker de personens tolkninger av verden rundt seg og evne til å gjøre seg forstått, som til syvende og sist påvirker helsen (1995:22)

Ellen hevdet at man får en helt annen forståelse for pasienten når du forstår den samiske kulturen. Eikjok Andreassen (2007) skriver at det er nødvendig med innsikt i historien til de samiske klientene og pasientene, fordi det ikke alltid foreligger en språklig forståelse, men en grunnleggende kontekstuell forståelse.

Etter samiskopplæringa ble hun mer oppmerksom på at det var mange pasienter som hadde samisk som morsmål og hadde samisk bakgrunn. Hun klarte ikke å lære samisk slik at hun forstod det helt, bare delvis. Hun formulerte sin nye kunnskap slik: ”*Når du ikke kan den reinhekla så blir det bare plastikk*”. Med plastikk forstår jeg her noe en oppfatter som ”uekte”, kunstig fremstilt. Hun kunne bare forstå enkelte ord, de mest dagligdagse ordene. Hun hadde lært og erfart at mange av pasientene faktisk var to - språklige og kanskje tre - språklige også (norsk, samisk og finsk/kvænsk), og hun hadde etter hvert blitt mer bevisst på det.

Det er viktig å kjenne til hvorfor pasienten reagerer som han gjør. Har det noe med tro eller kulturelle betingede normer som pasienten har levd med gjennom sin kultur, eller er det andre inntrykk som påvirker pasienten? Det er nok slik som Ellen sa at det er vanskelig å tilegne seg et fremmed språk i voksenalder, især hvis det kreves at det skal kunne flytende. Men det er vel neppe det som er hensikten. Det må vel heller være viktig å kunne det mest elementære for å gjøre seg forstått og dermed bli mer tilgjengelig for denne pasientgruppa. Samisk språkopplæring blant helsepersonell fører til større forståelse og bevisstgjøring om at det finnes en gruppe pasienter med andre krav og større utfordringer for personalet. Disse pasientene har krav på å få like god pleie som sine medpasienter. Det får de først når de blir forstått av omgivelsene, slik at de kan vise sine daglige pleiebehov og få disse behovene oppfylt.

5.7.3 Hvordan ble kommunikasjonen etter opplæringen av samisk språk- og kultur?

Kommunikasjonen mellom Ellen og de samiske pasientene med demenssykdom ble bedre når hun lærte seg litt av det samiske språket, og det var viktig for henne at hun klarte å lære seg noen av de samiske hovedordene. Hun sammenlignet seg selv med et lite barn som skulle lære seg noen ord. Hun lærte seg ord som: kake, brød, tisse, og så videre på samisk. Disse betegnet hun som hovedordene fordi det er de mest brukte dagligdagse ordene for å kunne kommunisere med de samiske pasientene. I sin iver etter å kunne kommunisere bedre med de

samiske pasientene viste hun også respekt. Martinsen (1999) skriver at en av fordringene som ligger til grunn for at pasienten skal ha tillit til sykepleieren, er at sykepleieren viser at hun er til å stole på. Hun må vise at hun er oppriktig interessert i pasienten. Ellen viser her at hun fant frem til hva pasienten var best hjulpen med, som i dette tilfellet at hun som hjelper forsøkte å sette seg inn i samisk kultur- og språkforståelse.

Ellen opplevde at pasientene og de pårørende ble så glad når de ble klar over at hun kunne snakke litt samisk. Hun tok også opp det særegne med ordstillingen i det samiske språket, som igjen har befestet seg i den norske dialekten her. Den er jo også litt artig, sa hun. Selv unge folk merker det. En ungdom hun kjenner kunne ikke skjønne hvorfor hun fikk så mye ”rødt” i norsk skriftlig på skolen, men nå forstod hun det: Hun hadde jo samisk ordstilling og var forundret over at lærerne ikke hadde skjønt at hun hadde samisk ordstilling. Dialekten og ordene som brukes er mange ganger samiske, en bruker jo for eksempel ordet ”jorba” som betyr rund. Dette er et samisk ord som vi bruker sammen med norsk i samme setning og som vi nesten tror er norsk. Dette er et eksempel på at en del av det samiske språket gjenspeiler seg i det norske språket. Vi har det med oss, sa hun. Dette er noen typiske etnolekttrekk som Johansen (2007) beskriver. Hun viser oss i sin studie noen etnolektiske trekk som finnes her i kommunen. Det vil si samiske ord som vi bruker til daglig sammen med norsk, som for eksempel: *Skinnfierga* (skinnhue) og *váivi* (dumt eller plagsomt). Andre trekk er trykkplasseringen på den første stavelsen i ord med flere stavelser som for eksempel i *`naturfag* (*na`turfag*) og *`besøk* (*be`søk*). Andre eksempler på at dialekten er påvirket av samisk eller kvensk er i følge Johansen (2007) også dobbel nekting med ”ikke + aldri”: *Eg hadde ikke aldri hørt om det.*

Videre fortalte Ellen at de hadde deltatt på flere kurs innen samisk kultur:

”Vi har hatt om lesing/ blåsing, om barneoppdragelse, kossen man støtte opp om familiene og mange forskjellige emner. Lesing og blåsing trur jeg ble en positiv opplevelse. Vi tenkte at det der er tull, men da vi begynte så var det jo mange historier fra dags dato. Når en i familien min ble syk, så sa dem: Har dere ringt til den og til den? Det viser hvor vanlig det er i dag også! Det er en del av kulturen som lever i dag. Så om vi går i mot språket og alt, så ligg det i ryggmargen på oss.”

Ellen hevdet at vi kan være så ”forfinet” vi bare vil, men vi lever og bor i den samiske kulturen uansett om vi er villige til å innrømme det eller ikke. Helsepersonellet har hatt stor nytte av å delta på kurs i samisk kulturforståelse, i følge Ellen.

Pedersen & Høgmo (2004) bekrefter at det i 1998 ble igangsatt arbeidet med å øke språk- og kulturkompetansen i helse- og sosialsektoren i kommunen. Det ble lagt opp til et program²⁴ over fire år, der deler av dette programmet var obligatorisk, og omfattet alle ansatte. Disse seminarene omfattet også de ansatte med samisk bakgrunn, som er født og oppvokst i denne kommunen. Som jeg allerede har redegjort var det ikke alle som ville vedkjenne seg sin samiskhet, og det var etter min erfaring en del negative holdninger om det å være samisk blant mange. Pedersen & Høgmo skriver videre at det var med andre ord ikke mulig å ”dra seg unna”. Programmet omfattet fire seminarer som foregikk over to dager, en gang i året. Kjernen i kulturdelen av programmet var språket og kulturen til den generasjonen som var født rundt første verdenskrig. Seminaret ga et bilde av det daglige liv. I forkant av seminarene ble det en del frustrasjon i arbeidsstokken, fordi de skulle være tvunget å lære om samisk kultur. Opplegget var i følge Pedersen & Høgmo (2004) rettet mot både å gi kulturkunnskap og mot bearbeiding av holdninger blant personalet. Et hovedtema som var gjennomgående, handlet om den sjøsamiske kulturen og identiteten, hva den var og er. For mange var dette starten på en prosess som både ga smerter og gleder.

Ellen var fornøyd med samiskkursene fordi det på disse kursene ble fokusert mye på kulturen. Menneskeverdet til samene kom mye mer til syne i kurset, og pleierne kunne dermed forstå pasientene bedre, fortalte hun. I tillegg har mange av pleierne tatt samisk språkkurs på språksenteret. Der har de også lært en del om den samiske kulturen i vårt område.

Nora trodde at når pleierne hadde kunnskap om den samiske kulturen og kan det samiske språket, så var det mye enklere å gjøre en god jobb. De slapp da å slite med kommunikasjonen og forståelsen. Nora trodde at med tiden vil det være flere som kan samisk og at flere pasienter kommer til å snakke samisk. Språket og kulturen går i arv, sa hun. Nora ble dermed i løpet av samtalen bevisst på at kulturforståelse var viktig i forhold til denne pasientgruppen.

²⁴ Det første kurset som ble holdt i september 1998, var et to-dagers kurs som hadde tittelen: Samhandling mot felles mål. Kunsten å kunne omgås hverandre under press. Det andre to-dagers kurset ble holdt i mars 2000, det tredje i november 2001 og det fjerde i november 2002 (Pedersen & Høgmo 2004).

Nora var den som innledningsvis sa at hun ikke kunne noe om samisk språk og kultur helt til vi begynte å snakke om samisk språk- og kulturforståelse. Når hun fikk tenkt seg om, hadde hun likevel vært på seminar tidligere der samisk kulturforståelse var temaet. Kunne hun ha glemte innholdet? Eller har det ikke vært satt opp mot denne pasientgruppa, slik at anvendelsen av kunnskapen blir utydelig for pleierne? Nora hevdet at det var viktig å ha jevnlig oppdatering og opplæring i samisk kulturforståelse for å lære mer og for å sette søkelyset på hvor viktig kulturforståelse er i forhold til å gjøre en god jobb. I følge Pedersen & Høgmo (2004) evaluerte de ansatte seminarerne gruppevis og kom frem til at det de hadde gjennomgått i undervisningen skapte en trygghet blant personalet, skriver Pedersen og Høgmo (2004) videre. De hadde fått kunnskap om samisk språk og kultur som førte til større trygghet, forståelse og toleranse for pasienter med samisk bakgrunn, og for hverandre. Gruppene drøftet også hvordan arbeidet skulle videreføres. En måtte ivareta den positiviteten og lærdommen som var oppnådd blant personalet når det gjaldt samisk språk og kultur, og bygge videre på denne. En måtte blant annet videre sette søkelys på hva som var den samiske kulturen i kommunen, og følge opp den kulturelle og språklige opplæringen.

I følge intervjuene med sykepleierne var de fornøyde med de samiske kulturseminarene som hadde vært, men det så ikke ut som om den delen som gjaldt å følge opp samiske kulturseminarer var blitt fulgt opp. Den samiske kulturelle bevisstgjøringen har kanskje blitt fulgt opp på andre måter i sykehjemmet og blant de ansatte? Slik det ser ut i dag, tror jeg kanskje det samiske språket om noen år blir mindre brukt en stund blant beboerne på sykehjemmet på grunn av fornorskningen som har vært, og som førte til at en generasjon fikk dårligere mulighet til å lære det samiske språket. Derfor er det ikke bare språket, men også kulturen som er viktig å kjenne til, også i fremtiden.

Slik jeg ser det, er det viktig å sette det samiske språket og kulturen på dagsorden med jevne mellomrom og å se på utviklingen som har vært. Den samiske kulturen er hele tiden i bevegelse og utvikling, i likhet med andre kulturer (Hovland 1996). Jeg tror at det er viktig å kunne lære om fortiden og den historien som utspant seg da, men også å kunne se både nåtiden og den settingen vi har i dag, samt se mot fremtiden for å kunne bevisstgjøres nytten av denne samiske kulturarven. Ved å sette søkelyset på den samiske kulturarven kan vi bedre møte pasientene på deres egne premisser.

For å bedre vilkårene til samiske pasienter, bør norsk helsepersonell i større grad sette seg inn i den samiske pasientens verdensanskuelse og verdisett, og betrakte dette som likeverdig med det norske, skriver Gustavsen (1990). Mangfold i stedet for enfold, ydmykhet i stedet for arroganse og toleranse i stedet for intoleranse, kan gjøre det lettere å oppnå god helse og trivsel for de samiske pasientene. Jeg mener at vi også kan oppnå dette i sykehjem for de samiske pasientene med en demenssykdom.

6.0 AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER

Jeg sitter igjen med tanker om jeg, via den metoden jeg har valgt, har klart å tydeliggjøre mine informanternes beskrivelser av sine utfordringer i møte med de samiske pasientene med en demenssykdom? Har jeg klart å frembringe en kunnskap eller et innblikk om hva som ligger i sykepleiernes utfordringer under disse nevnte møtene? Hellevik (2003) viser til sosiologen Auberts tolkning av hvilke egenskaper en metode skal inneholde:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Hellevik 2003:12).

Jeg er også svært ydmyk overfor mine tidligere kollegaer og har på ingen måte til hensikt å krenke deres faglighet eller dyktighet i denne studien. Men for å kunne forske må man også drøfte forskjellige sider eller måter å utøve for eksempel pleie på. I møte med mennesker finnes det ingen fasit på gode møter, selv om der er visse normer som skal følges. Å drøfte negative og positive sider ved slike møter er med på, og også nødvendig for å utvikle sykepleierfaget og dermed sykepleierutøvelsen. Dette har mine informanter gitt viktig bidrag til. Malterud (2002) skriver at for å unngå å krenke våre informanter, er det noen ganger slik at materiale som kunne gitt problemstillingen et ekstra løft, må legges til siden. Men på en annen side behøves forskning som kan bidra til å forbedre praksis, for eksempel for at pasienter skal få bedre helsetjenester.

6.1 Funn i henhold til problemstillingen

Mine funn viser at en av de største utfordringene de norske sykepleieren har i møte med de samiske pasientene med demenssykdom og som bor i sykehjem, er å samhandle og kommunisere. Deres kommunikasjon og samhandling ble vanskelig på grunn av forskjellige ståsteder når det gjaldt språk og kultur. De norske sykepleierne manglet eller hadde liten kunnskap om samisk språk og kultur, og dette var hovedårsaken til utfordringene. Det var ikke alltid enkelt for de norske sykepleieren å forstå de samiske pasientenes reaksjoner og gjøremål. Fordi de samiske pasientene noen ganger hadde både verbale og nonverbale uttrykksmåter som var forskjellige fra de norske. I tillegg til språk og kulturforskjeller hadde pasientene en demenssykdom som i seg selv kunne gjøre samhandlingen vanskelig på grunn av pasientens reduserte og ofte uklare uttrykk verbalt og kroppslig. Samhandlingen var utfordrende og skapte ofte frustrasjoner for begge parter. Det viste seg også at de norske

sykepleierne i min studie benyttet seg av forskjellige måter å møte disse utfordringene på: Jeg er kommet fram til tre forskjellige måter de tre norske sykepleierne møtte de samiske pasientene med demenssykdom på:

1. Helst tok de avstand og valgte den samiske pasienten bort under pasientfordelingen.
2. De hentet kollegaer for å få hjelp til å tolke mellom seg selv og den samiske pasienten.
3. De innhentet ikke hjelp fra kollegaer, men brukte god tid på å selv samhandle med den samiske pasienten.

Resultatet av denne studien viser at det ikke alltid er hensiktsmessig at den norske sykepleieren tar avstand og velger bort de samiske pasientene fordi hun mener at hun ikke innehar nok kompetanse til å møte dem på en god måte. Hvis hun er alene sykepleier på vakt må hun likevel møte den samiske pasienten med demens som trenger medisinsk behandling eller omsorg og pleie som krever sykepleierens kompetanse. Sykepleieren må tørre å møte den samiske pasienten selv, og tørre å kommunisere. Jeg har i studien vist at hun kan velge andre måter å prøve å nærme seg pasienten på, som for eksempel ved at hun opptrer rolig og avslappet. Hun kan forsøke å kommunisere med pasienten via for eksempel å skape en god atmosfære, berøring og å bruke god tid. Forhandling er også en måte å samarbeide på, i følge Hansebo & Kihlgren (2002), som skriver at sykepleieren må ha tålmodighet for å få pasientene til å delta aktivt. Rundqvist og Severinsson (1999) skriver at bekræftelse er en viktig faktor for pleieforholdet. Dette viser seg via å invitere, bli invitert, bli gjenkjent, å ha et sensitivt øre/sensitivitet for pasientens behov, gjensidighet, øyekontakt og respons. Å se, bli sett og høre på pasienten er viktig. En av pleierne i denne studien uttalte viktigheten av å virkelig prøve og ikke ta noe for gitt. Mange av pleierne uttrykte glede over det øyeblikket når de ble gjenkjent, sett og ønsket velkommen av pasienten.

Det samme gjaldt for sykepleieren som valgte å innhente kollegaer for å få hjelp til å tolke mellom seg selv og den samiske pasienten. Det er ikke heller alltid den beste løsningen. Det kan hende at det ikke er en kollega i umiddelbart nærhet som kan tolke. Da må den norske sykepleieren uansett selv kommunisere med pasienten. Det handler også her mye om å våge å møte pasienten på samme måte som Ida, som selv samhandlet med pasienten og brukte god tid på samhandlingen.

I disse funnene som jeg nå har nevnt ligger det også et ansvar overfor pasientene om å gi en god og forsvarlig pleie. Noen ganger kan det kanskje være bedre å overlate ansvaret for pleien eller tolkningen av den samiske pasienten til en kollega som kan samisk, når det er rom for det. Det er tross alt disse kollegaene som oftest har kompetanse til å samhandle best med de samiske pasientene.

Det var også andre ting eller funn som kom frem i min studie, blant annet sykepleiernes definisjon av en samisk pasient. Denne definisjonen er vanskelig fordi man ikke kan se om pasienten er norsk eller samisk, rent ytre sett. Pasientene i sykehjemmet går ikke kledd i typiske samiske klesplagg, men i ordinære praktiske hverdagsklær. Sykepleieren må kjenne pasientens historie for å kunne si noe om pasientens etnisitet²⁵. Det var også ulike oppfatninger blant sykepleierne i deres erkjennelse av hvor mange av pasientene som var samisktalende. En av sykepleierne sa at det var en pasient som var samisktalende på sykehjemmet, mens en annen av sykepleierne sa at det er ti pasienter innlagt nå som er samisktalende. Den første sykepleieren snakket om pasienter som er helt samisktalende, mens den andre snakker om pasienter som tidvis var samisktalende.

To av sykepleierne sa at de samiske pasientene mesteparten av døgnet ikke forstod norsk, men kun forstod og snakket samisk, som er deres morsmål. En av sykepleierne sa at de samiske pasientene forstår norsk, som er et språk de har brukt daglig, men at de ikke forstår å bruke det mer på grunn av demenssykdommen, men at de derimot snakker sitt morsmål som er samisk. Dermed har sykepleierne også forskjellige tanker og oppfatninger om hvilket språk den samiske pasienten med demenssykdom forstår. Dette har sannsynligvis sammenheng med hvor i demensforløpet pasienten befinner seg.

Jeg mener det vil være både viktig og ikke minst nyttig å studere videre hvordan samiske pasienter med en demenssykdom har det i norske sykehjem. Og da spesielt fordi denne pasientgruppa ikke er i stand til å gjøre rede for seg selv, eller være sin egen talsmann/kvinne. Dette kunne vært gjort ved å gjøre utføre en kvalitativ studie med kombinasjonen feltobservasjon og intervju av pleiepersonell i sykehjem der det bor samiske pasienter med demenssykdom. Jeg kan ikke finne at det er gjort noe forskning tidligere i forhold til den problemstillingen som jeg reiser i min mastergradsoppgave. Dette viser søk i både nasjonale

²⁵ Etnisitet er en kollektiv identitet knyttet til forestillinger om kulturelt fellesskap som følge av et antatt felles opphav (<http://no.wikipedia.org/wiki/Etnisitet>).

og internasjonale fagbaser. Forhåpentligvis vil min forskning kunne bibringe ny og nyttig kunnskap som kan komme samiske pasienter som har demens, deres behandlere, pleiere og pårørende til gode. Det vil da være av spesiell betydning å forske videre på hva som skal til for å redusere utfordringene som de norske sykepleierne har i møte med samiske pasientene med en demenssykdom.

Jeg vil til slutt sitere Gustavsen (1990), fordi jeg synes det han skriver her skal stå som en avslutning til ettertanke om at det finnes kulturelle forskjeller.

Når to eller flere kulturer støter sammen, og spesielt når den ene er sterkere enn den andre, blir resultatet ofte katastrofalt for den som blir undertrykt/misforstått/ignorert. For å forstå hva som skjer, bør vi vite mest mulig om forskjellene i verdensanskuelsen. For å eliminere kommunikasjonsvanskene i helsesektoren, må en være klar over polariseringen som er til stede:

Harmoni versus styrke

Sameksistens versus kontroll

Samarbeid versus konkurranse

Livskraft versus årsak /virkning

Fellesskap versus individualitet

Storfamilie versus kjernefamilie

Åndelig versus materiell

Naturen er hellig versus ressursene må utnyttes

Deltakelse versus beskyttelse (Gustavsen 1990:21).

LITTERATURLISTE

- Andreassen, Eikjok, G, B. (2007). *"Áddet sámi čalmiidguin, Á forstå med det samiske blikket"*.
Mastergrad i praktisk kunnskap, Senter for praktisk kunnskap, Profesjonshøgskolen,
Høgskolen i Bodø, Bodø.
- Antonsen, L. (1999). *Lappenes forhold*. Samisk språksenter, Kåfjord kommune.
Nedskrevet 1896-98 av Skolelærer Ole Thomassen om Lyngen og Porsanger herred.
Nordkalott-Forlaget. Trykk: Grafisk Nord. Finnsnes.
- Austveg, B. (1994). *Helsearbeid og innvandrere*. Mangfold, sunnhet og sykdom. TANO AS.
Engers Boktrykkeri A/S, Otta.
- Balto, A. (1997). *Samisk barneoppdragelse i endring*. Ad Notam Gyldendal AS. Oslo.
- Berg, G. (1990). *Uten mat og drikke...* Sosialdepartementets utviklingsprogram om
aldersdemens rapport nr 3 – 99. Vestfold Grafiske a/s.
- Blom, M & Dujinstee, M. (1999). *Omsorgskompasset*. Veileder for kartlegging av
demensrammede familiers støttebehov. Kommuneforlaget As. Oslo.
- Bjerkli, B. (2000). Konfliktunnvikelse eller konfrontasjon i sjøsamiske samfunn? Om forming
av lokale etos. I: (Mathisen, S, R (red): *Kulturens materialisering: identitet og
uttrykk*. Kulturstudier nr 13, Høyskoleforlaget.
- Bjørklund, I. (1986). Hvordan Nordmenn ble flere og samer færre. I: (Erke, R, Høgmo (red).
Identitet og livsutfoldelse. Universitetsforlaget. 67-73, Oslo.
- Bjørklund, I m.fl. (2000). *Sapmi En nasjon blir til*. Tromsø museum, Universitetet i Tromsø,
Tromsø.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditasjoner*. Pax forlag. Oslo.
- Delmar, C. (1999). *Tillid og magt- en moralsk utfordring*. Munkgaards, København.
- Delvik. (2005). Om å bevare selvaktelsen som sykehjemspasient. I: Nord, R., Eilertsen, G, &
Bjerkreim, T (red). *Eldre i en brytningstid* Gyldendal Akademiske forlag, Oslo.
- Eidheim, H. & Stordal, V. (1998). *Kultur møte og terapi i sapmi*. Davvi Girji OS.

- Ekman, S.-L. (1993). *Monolingual and bilingual communication between patients with dementia. Diseases and their caregivers*. Umeå University Medical Dissertations. New Series No 370. From the department of Advanced Nursing, Umeå University, and the Department of Geriatric Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
- Elstad, I. (1987). *Stø opp om naturprosessane*. Mastergradsavhandling i filosofi. Institutt for Samfunnsvitenskap. Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Engedal, K. (1995). *Aldersdemens*. I Diasos kopisamling, 18/88 videreutdanning i aldring og eldreomsorg. Diakonhjemmets sosialhøgskole 1988.
- Engelsrud, E. (1990). *Moderne omsorgsbilder*. I: Jensen K, (red). Gyldendal Norsk Forlag.
- Evjen, B. (2004). *Kort og langskaller*. Fysisk-antropologisk forskning på samer, kvener og Nordmenn. *Heimen* 4: 273-292.
- Field, P, A. (1989). Doing fieldwork in your own culture. I: Morse, Janice M (red). *Qualitative nursing research*, Sage, 1991.
- Fjelland, R. & Gjengedal, E. (1995). *Vitenskap på egne premisser*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Gustavsen, J. (1990). *Sunnhet og sykdom i ulike kulturer*. Sami medica 1-1990
Medlemsbad for samisk legeförening.
- Graneheim, U, H & Lundman, B. (2003). *Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Umeå University, Sweden.
- Gulddal, J. & Møller, M. (1999). *Hermeneutikk: en antologi om forståelse*. Gyldendal, København. Sweden.
- Hansebo, G & Kihlgren, M. (2002). Carers interactions with patients suffering from severe Dementia: a difficult balance to facilitate mutual togetherness. *Journal of Clinical Nursing*. 11:225-236.

- Hanssen, I. (1995). *Sykepleie og kulturelt mangfold*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Hauge, S. (2004). *Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir*. Universitetet i Oslo.
Det medisinske fakultetet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Oslo.
- Heap, K. (2000). *Snakk med meg!. Å samtale med eldre*. Kommuneforlaget AS, Oslo.
- Heggedal. (1993). Somatiske sykdomstilstanders innvirkning på atferd. I: (Rokstad, Mork, A,M.) *Hjelp han slår*. Sosialdepartementets Utviklingsprogram om aldersdemens.
Rapport 9, INFO- banken. Oslo.
- Hellevik, O. (2003). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Henriksen, J, E. (2004). Den samiske storfamilien i et nettverksperspektiv I: (Tronvoll, I, M. Moe, A & Henriksen, J, E, (red). *Hjelp i kontekst*. Idut 2004, Trondheim/Alta.
- Horn, B. & Stendal, L. (1993). *Å forstå når man ikke forstår*. Sosialdepartementets Utviklingsprogram om aldersdemens. Rapport 8, INFO- banken. Oslo.
- Hovland, A. (2000). *Moderne urfolk, samisk ungdom i bevegelse*. UNGforsk/NOVA Cappelen Akademiske Forlag as, Oslo.
- Hætta, O, M. (1992). *Samene en arktisk urbefolkning*. Davvi Girji O.S. Karasjok.
- Høgmo, A. (1986). *Det tredje alternativ*. Tidsskrift for samfunnsforskning nr.5
- Håkansson, I. (1992). *Hr. Holgersens rejse*. Ældre, Identitet og sykepleie.
Munksgaards Forlag. Viborg. Danmark.
- Johansen, S, B. (1998). Har alltid levd i fred og fordragelighet med hverandre. Problemer i kjølvannet av fornorskningen”. I: (Eidheim & Stordahl (red.) *Kultur møte og terapi i såmpi*. Davvi Girji OS. Finnland.
- Johansen, Å, M. (2007). *Velkommen te` våres Norge*. En kvalitativ studie av språkbytte og Språkbevaring i Manndalen i Gaivuona/Kåfjord. Masteroppgave i nordisk Språkvitenskap – universitetet i Tromsø, Tromsø.

- Kaarhus, R. (1999). *Intervjuer i samfunnsvitenskapene*. Bidrag til en videre metodologisk diskurs. Tidsskrift for samfunnsforskning 40:1.
- Kaspersen, A. (1997). *Samisk mat og kultur*. Landbruksforlaget A/S. Aurskog.
- Løgstrup, K, E. (2000). *Den etiske fordring*. Cappelen forlag as. København. Danmark.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Martinsen, K. (1999). Omsorg i sykepleien en moralsk utfordring. *Fokus på sykeplejen*. Diakonissehjems sykepleierhøgskole. Bergen.
- Mathisen, S, R. (1987). *Blodstoppingsformler*. Tradisjon 17, Etno- folkloristisk institutt, Bergen.
- Merleau- Ponty, M. (1994). *Kroppens fænomenologi*. Det lille forlag, Fredriksberg. Danmark.
- Minde, G-T. (2004). Kritiske perspektiver på institusjonstjenesten. I: (Tronvoll, I. Moe, A & Henriksen, J. (red). *Hjelp i kontekst. Praksis, refleksjon og Forskning*. Idut. Trondheim/Alta.
- Moe, A & Tronvoll, I, M. (2004). Kunnskapsutvikling gjennom refleksjon – hva har vi lært av artiklene? I: Tronvoll, I. Moe, A & Henriksen, J. (red). *Hjelp i kontekst. Praksis, refleksjon og forskning*. Idut. Trondheim/Alta.
- Moe, N, H. (2001). *Tradisjonsmat fra nord*. Gode råd og mathistorier. Victus forlag, Tromsø.
- Moe, N, H. (2004). *Tradisjonsmat fra nord*. Fisk og sjømat. Victus forlag, Tromsø.
- Moen, B. (2005). Omsorg og ansvar for minoritetsetniske eldre. I: (Nord, R., Eilertsen, G, & Bjerkreim, T.(red). *Eldre i en brytningstid* Gyldendal Akademiske forlag. Oslo.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. Bokforlaget Daidalos AB, Gøteborg. Sverige.
- Nord, R, Eilertsen, G, & Bjerkreim, T. (2005). *Eldre i en brytningstid* Gyldendal Akademiske forlag. Oslo.

- Normann, H. K. (1992). *Sykepleiernes tilnærming til senil demente pasienter*. Hovedoppgave Avdeling for sykepleievitenskap, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Normann, H. K., Asplund, K. & Norberg, A. (1998). Episodes of lucidity in people with severe dementia as narrated by formal carers. *Journal of Advanced Nursing*. 6: 1295-1300.
- Normann H. K. (1999). *Fysioterapeuten* 66(10):15-18 . Kommunikasjon med personer med alvorlig aldersdemens.
- Normann, H. K. (2001). *Lucidity in people with severe dementia as a consequence of person-centred care*. From the Department of Nursing, Umeå University, Umeå, Sweden, and the Department of Nursing and Health Sciences, University of Tromsø, Norway.
- Normann, H. K., Norberg, A. & Asplund, K. (2002). Confirmation and lucidity during conversations with a woman with severe dementia. *Journal of Advanced Nursing* 39:370-376.
- Normann H. K., Norberg A. & Asplund K. (2002). Confirmation and lucidity during conversations with a woman with severe dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 39:370-376.
- Normann, H. K., Henriksen, N., Norberg, A. & Asplund, K. (2005). Lucidity in a woman with severe dementia related to conversation. A case study. *Journal of Clinical Nursing* 14:891-896.
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon*. Gyldendal, Oslo.
- NOU. (1995). Helse og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge. Nr.6. Akademika as. Oslo.
- Nymo, R. (2004). Kroppen som bærer av kultur og livsanskuelse. I: Tronvoll, I: (Moe, A & Henriksen, J. (red). *Hjelp i kontekst. Praksis, Refleksjon og forskning*. Idut. Trondheim/Alta.

- Olsen, T & Eide, A. (1999). *Med ei klype salt*. Handtering av helse og identitet i en flerkulturell sammenheng. Nordlandsforskningen NF-rapport 9. Bodø.
- Paulgaard, G. (1997). *Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler!*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Pedersen, P. & Høgmo, A. (2004). *Kamp, krise og forsoning*. Evaluering av samepolitiske tiltak i Kåfjord. NORUT Samfunnsforskning AS, rapport nr.4. Tromsø.
- Rokstad, Mork, A, M. (1993). *Hjelp han slår*. Sosialdepartementets utviklingsprogram om Aldersdemens. Rapport 9, INFO- banken 1993. Oslo.
- Richter-Hansen, Einar. (2004). *Lyngen religionshistorie*, bind 2. Henvist til NOU Folketellingene 1855-1930. Lyngen bygdebok.
- Rundqvist, E. & Severinsson, E. (1999). Caring relationships with patients suffering from Dementia – an interview study. *Journal of Advanced Nursing*. 29(4), 800-807. Sweden.
- Sirkka, H. (1995). *Når kjærlighet ikke er nok*. Sosial- og helsedepartementets Utviklingsprogram om aldersdemens. Rapport 16, INFO- banken 1995. Oslo.
- Skarstein, S. (1994). *Ta den ring og la den vandre*. Sosialdepartementets utviklingsprogram Om aldersdemens. Rapport 10, INFO- banken 1994.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar* og andre essays. I serien Ide og tanke. Aschehoug & Co, Oslo.
- Solheim, K. (1996). *Demensguide*. Holdninger og handlinger i demensomsorgen. Universitetsforlaget. Oslo.
- Thornqvist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Tronvoll, I. Moe, A & Henriksen, J. (2004). *Hjelp i kontekst. Praksis, refleksjon og Forskning*. Idut. Trondheim/Alta.

- Tvedt. (2005). Eldres livshistorier. I: (Nord, R., Eilertsen, G, & Bjerkreim, T. (red). *Eldre i en brytningstid*. Gyldendal Akademiske forlag. Oslo.
- Wadel, C. (1990). *Feltarbeid i egen kultur. En innføring i kvalitativ orientert Samfunnsforskning*. SEEK AS. Flekkefjord.
- Wrålsen, Å. (1995). *Hva skal vi gjøre med mamma?* Sosial- og helsedepartementets Utviklingsprogram om aldersdemens. Rapport 17, INFO- banken. Oslo.

VEDLEGG

Vedlegg 1:

INTERVJUGUIDE

Gjennom intervjuene fikk jeg frem fortellinger om sykepleiernes erfaringer på ”godt og vondt” og med min intervjuguide fikk jeg belyst spørsmål som:

- Kan du fortelle meg om din relasjon til samiske pasienter som har demens og som har gått tilbake til sitt morsmål (samisk), og ikke lenger forstår majoritetsspråket(norsk), og da særlig når sykdommen har utviklet seg, og innsikt i egen situasjon er betydelig svekket?
- Det kan være episoder der sykepleierne føler at de kommer til ”kort” og ikke klarer å ivareta den profesjonelle omsorgen på grunn av manglende kunnskap om samisk språk og kultur. Der sykepleieren ikke har forstått pasienten og/eller der pasienten ikke har forstått sykepleieren. Har du noen slike erfaringer som du kan fortelle om?
- Hvor viktig er det å forstå samisk språk for å kunne utføre daglig pleie til samiske pasienter med aldersdemens? Hvordan ser du på betydningen av å ha kjennskap til samisk kultur, særlig i forbindelse med å forstå hva pasienten uttrykker og hvorfor pasienten uttrykker seg slik?
- Hvordan forholder familie og pårørende til samiske pasienter seg til at deres nærmeste er på sykehjem.

Vedlegg 2:

Orientering om prosjektet og samtykkeerklæring.

Til informanten

Jeg vil med dette forespørre deg om du kan være villig til å la deg intervjuet av meg. Intervjuet ønsker jeg å gjennomføre som en del av min mastergradseksamen ved Universitetet i Tromsø, Avdeling for sykepleie og helsefag. Jeg vil i det følgende gi deg en skriftlig informasjon om mitt mastergradsprosjekt.

I mitt prosjekt vil jeg sette søkelys på norske sykepleieres samhandling med samiske pasienter som har aldersdemens og som bor i sykehjem. Gjennom mitt arbeid som sykepleier ved det kommunale sykehjemmet har jeg truffet mange pasienter med samisk bakgrunn. De samiske pasientene er to-språklige, det vil si de snakker samisk og norsk, men hvor samisk er deres førstespråk. Jeg har opplevd at når disse pasientene rammes av demens går de som regel tilbake til sitt morsmål etter hvert som sykdommen skrider frem, og forstår i perioder ikke norsk. Jeg bruker betegnelsen perioder, fordi jeg har erfart at fenomenet opptrer når disse pasientene er mest forvirret. Dette kan forekomme glimtvis gjennom hele døgnet. Min erfaring er også at de norske sykepleierne stilles ovenfor stadige faglige utfordringer i møte med samiske pasienter som har demens, og da spesielt utfordringen med å forstå samisk språk og kultur.

Jeg ønsker i denne forbindelse å intervju sykepleiere som ikke har samisk språk- og kulturbakgrunn. Jeg vil gjennomføre et intervju med deg hvor jeg vil be deg om å dele noen av dine erfaringer i møte med pasienter som har samisk språk- og kulturbakgrunn. Jeg vil være ute etter fortellinger på dette området, og mine spørsmål til deg vil i stor grad knyttes til det du forteller meg, der hvor jeg finner dette naturlig og nødvendig. Jeg har tenkt å gjøre intervjuene høsten 2006, og ønsker tre til fire informanter. Intervjuene kan foregå på arbeidsplassen, eller på et privat sted. Du som informant bestemmer hva som passer best for deg.

Deltakelse er frivillig. Du kan når som helst trekke deg fra mitt prosjekt og du behøver ikke å oppgi grunn dersom du trekker deg. Om du trekker deg, vil dette heller ikke få noen negative konsekvenser for deg som arbeidstaker eller privatperson. I min bearbeidelse av intervjuene

vil jeg behandle alle opplysningene med største konfidensialitet slik at de skal være umulig for andre å knytte dette til deg som person i den ferdig oppgaven. Jeg ønsker å bruke lydbånd for å ta opp intervjuet slik at jeg kan fange opp alt du forteller.

Det vil i studien ikke registreres opplysninger som direkte identifiserer enkeltpersoner, foreliggende opplysninger kan allikevel føre til at enkeltpersoner identifiseres indirekte. Ved prosjektslutt foretas anonymisering ved at indirekte personidentifiserende opplysninger slettes og lydopptak makuleres. Prosjektet vil være ferdigstilt senest siste desember 2008.

Jeg ber deg skrive under på en skriftlig samtykkeerklæring som du bes returnere til meg i vedlagte frankert svarkonvolutt.

Jeg er tilgjengelig for spørsmål du måtte ha til prosjektet på tlf nr.....

Med vennlig hilsen Inger-Lise Pedersen.

Samtykkeerklæring fra sykepleier:

Jeg er forespurt om å delta i intervju i forbindelse med mastergradsoppgaven til Inger-Lise Pedersen ved Universitetet i Tromsø, Avdeling for sykepleie og helsefag.

Intervjuet er frivillig, og jeg kan når som helst trekke meg fra undersøkelsen. Intervjuet blir tatt opp på lydbånd for deretter å bli skrevet ut.

Lydbåndene vil bli makulert etter at masteroppgaven er sensurert. Likeledes vil alle intervjudata som er registrert, bli slettet. De opplysningene jeg gir, skal ikke kunne føres tilbake til meg som person.

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og samtykker i å la meg intervjuet.

Sted og dato:.....

Underskrift:.....

Telefon:.....

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Hans Ketil Normann
Avdeling for sykepleie og helsefag
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø
Breivika
9037 TROMSØ

Harald Hårfagres gate 21
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

Vår dato: 17.08.2006

Vår ref: 15110/GT

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.07.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

15110	<i>Hvilke utfordringer opplever norske sykepleiere i møte med samiske pasienter som har aldersdemens, i sykehjem?</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Hans Ketil Normann
Student	Inger-Lise Pedersen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.06.2007 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Geir Teigland

Kontaktperson: Geir Teigland tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Inger-Lise Pedersen, Greneveien 12, 9144 SAMUELSBERG

Avdelingskontorer / District Offices:

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

Personvernombudet for forskning, NSD



Prosjektvurdering - Kommentar

15110

Ombudet forutsetter at prosjektet klareres med ledelsen ved det aktuelle sykehjemmet, informasjonsskrivet bør formidles via sykehjemmets administrasjon.

Det vil i studien ikke registreres opplysninger som direkte identifiserer enkeltpersoner, foreliggende opplysninger kan allikevel føre til at enkeltpersoner identifiseres indirekte. Ved prosjektslutt foretas anonymisering ved at indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller omkodes (grovkategoriseres), lydopptak destrueres.