

Brukermedvirkning i kjernesamiske områder

Praktisering av urfolkskunnskap innen psykisk helsevern

Vår Mathisen¹

Rita Kristin Sørly²

¹Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT

var.mathisen@uit.no

²Seniorforsker ved NORCE

Mathisen, Vår & Sørly, Rita Kristin (2020). Brukermedvirkning i kjernesamiske områder: praktisering av urfolkskunnskap innen psykisk helsevern. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* nr 33, 23-46

Brukermedvirkning er et ideal for norske myndigheter og helsevesen, og en rettighet for personer som benytter seg av tjenester, også innen psykisk helsevern. Et relevant spørsmål er om brukermedvirkning representerer en majoritetsforståelse for brukerorienterte tjenestetilbud, og om en slik forståelse direkte kan overføres til arbeid med samisk befolkning. Hensikten med vår studie er å få økt kunnskap om brukermedvirkning innen psykisk helsevern i samisk kontekst. Våre forskningsspørsmål for denne artikkelen er hva som hemmer og fremmer brukermedvirkning, sett fra fagutøveres perspektiver. Vi har intervjuet ni tjenesteutøvere ved Samisk nasjonal kompetansetjeneste innen psykisk helsevern og rus (SANKS) som til daglig jobber med samiske pasienter. I analysen har vi anvendt et interaksjonsteoretisk perspektiv, som fokuserer på samhandling mellom personer, kulturelle omgivelser og aktiviteter som utføres i fellesskap. Gjennom en tematisk analyse har vi kommet frem til tre forhold som gjør seg gjeldende i utøvelsen av brukermedvirkning i samisk kontekst: 1) selvstendighet og hardførhet, 2) terapeutisk tilpasning av kunnskap og erfaring,

3) *handlingsrettede relasjoner. I en kunnskaps- og urfolksbasert tilnærming kan disse forholdene forstås som en helsefremmende og kulturtilpasset behandling. Vår studie danner grunnlag for nye spørsmål innen klinikk og forskning; hvordan vil en best mulig helsetjeneste innen psykisk helsevern for den samiske befolkningen kunne se ut i fremtiden?*

User involvement in Sami context

Practice of indigenous knowledge in mental health care in Norway

User participation is an ideal for the Norwegian authorities and the health care system, and a right for people who use services, including in mental health care. A relevant question is whether user participation represents the majority's understanding of user-oriented services and whether such understanding can be directly transferred to work with the Sami population. The purpose of our study is to gain increased knowledge about user participation in mental health care in a Sami context. Our research question for this article is what inhibit and promote user participation in this context, from the perspective of professionals. We have interviewed nine service providers at the Sámi Norwegian National Advisory Unit on Mental Health and Substance Abuse (SANKS) who work with Sami patients. We used an interactional perspective in our analysis, which focuses on interaction between people, cultural environment and activities that are performed jointly. Through a thematic analysis, three factors became visible related to practices of user participation in a Sami context: 1) independence and hard work, 2) therapeutic adaptation of knowledge and experience, 3) action-oriented relationships. In a knowledge- and indigenous-based approach, these conditions can be understood as a health-promoting and culturally appropriate treatment. Our study forms the basis for new questions in clinic and research; how will the best possible mental health services for the Sami population look like in the future?

Innledning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og et virkemiddel for å sikre ivaretagelsen av pasienters behov for pleie og behandling, også i psykisk helsevern. Norske helse – og omsorgstjenester har de siste årene gjennomført endringer i tråd med de –institusjonaliseringspolitikken, og det har vært stor satsning på utvikling av mer brukerorienterte tjenestetilbud (Storm, Rennesund, Jensen & Mikkelsen, 2009). Fokusskiftet gjelder både for pasienter og fagpersoner. Fra å tidligere vært plassert i en passiv pasientrolle, forventes det nå at pasienter skal delta medvirkende med kompetanse på egne rettigheter og innsikt i de ulike behandlings-

tilbudene (Meld. St. 19, 2014-2015). Fagpersoner skal lytte og være sensitive for pasienters tanker og brukerfaring (ibid.). En praksis hvor brukermedvirkning, empowerment og recovery står sentralt, er idealet i norsk helsepolitikk (Helsedirektoratet, 2014). En slik praksis er ment som virkemiddel i målet mot utvikling av norsk bærekraftig folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2018).

Studier fra Nord-Norge (Mathisen, 2017, Klausen, 2016) viser at brukermedvirkning i regionen er et komplisert samspill av rutiner, sykdom, profesjonell orientering og kultur. Studiene viser at behandlingstilbud innen psykisk helsevern i stor grad tilbyr standardiserte tjenester tilpasset majoritetsbefolkningens behov. Fokuset er på diagnoser og funksjonsnedsettelse (Klausen, 2016), og fagpersoner er presset på å gjøre kvalitativt godt arbeid innenfor rammer som eksempelvis lav bemanning og tidspress (Mathisen, 2017).

Denne studien har fokus på brukermedvirkning for urfolk i psykisk helsevern i en samisk kontekst. Det har vært tatt for gitt at sykdomsforståelse og behandlingstradisjoner hos samer er de samme som hos majoritetsbefolkningen (Kvernmo, 2003). I følge Ninomiya et al. (2017) er imidlertid mange forskningsinstitusjoner og forskere fra majoritetsbefolkning ikke bevisst på hvordan urfolkskultur avviker fra en dominerende praksis. Til tross for nasjonale satsninger og politiske føringer, er eksempelvis tilpassede offentlige helsetjenester til aboriginene utfordrende i Australia (Molloy, Lakeman, Walker & Lees (2017). Forskning på psykisk helse blant urfolk i Canada kritiseres for å være rotfestet i koloniale stereotyper (Nelson & Wilson, 2017). En litteraturstudie av helsetilbudet til urfolk i USA (Lewis & Myhra, 2017) viser at urfolk har de største helseproblemene i nasjonen, og mange opplever barrierer for å be om tjenester. En finsk studie av Järvensivu, Pohjola & Romakkaniemi (2016) viser at majoritetssamfunnets tilnærminger ofte ikke lar seg direkte overføre til samiske samfunn. Dette kan indikere at kulturell kompetanse blant fagpersoner innen psykisk helse i en urfolkskontekst er basert på en bestemt praksis og forståelse. Innenfor rammene av det overnevnte, kan det synes som om en kulturessensiell forståelse ligger til grunn.

Hvordan begrepet kultur forstås og anvendes, har betydning (Hastrup, 2004). Kultur er den felles betydning som mennesker i en gitt sosial gruppe deler og skaper sammen, med tilhørende handlingsmønstre. Ved en essensiell kulturforståelse vektlegges det som er felles (ibid.). I en slik forståelse har samer en klart avgrenset kultur, som er relativt stabil og upåvirkelig, og det er kulturen som bestemmer handlingene.

I et relasjonelt kulturbegrep forstås også kultur som noe mennesker i en gitt sosial gruppe deler og skaper sammen, og videre danner handlingsmønstre ut i

fra (Hastrup, 2004). Normer og verdier har imidlertid ulik betydning og vektlegges forskjellig innad i den gjeldende gruppen. Kultur knytter seg til sosial gruppe fremfor etnisitet. Dermed blir det ikke mulig å trekke skarpe grenser mellom normer og verdier, da de fortløpende vil forandre seg. Kultur er noe som skapes løpende, og forandrer seg over tid. Kultur er relasjonelt og dynamisk (ibid.).

Denne studien plasserer seg i en kulturell relasjonell forståelse. Kultur skapes løpende, samtidig som kjerneverdier som selvstendighet, hardførhet og storfamilien, kan sies å være innvevet i samers levevis (Nymo, 2003, Bongo 2012, Minde og Nymo, 2016). Kjerneverdiene kan innvirke på hvordan helse og sykdom håndteres, og videre samers møte med fagpersoner i helsevesenet. Eksempelvis er det å være selvstendig og ta vare på seg selv, en innstilling som beskytter både enn selv og andres følelser (Minde og Nymo, 2016). I tråd med innstillingen er det vanlig å innta en 'vente og se' holdning; for mens man venter, kan situasjonen endre seg (ibid.). Å snakke åpent om sykdommer opplever mange som upassende, og diagnostiske sykdomsbegreper avvises som dømmende (Bongo, 2012). Om helserelaterte spørsmål stilles, er en vanlig tilnærming taushet og snakk om helse på indirekte måter (ibid.). Når det må snakkes om helse og sykdom, er det viktig å snakke om hverdagen før man kommer til det som 'egentlig' skal snakkes om (Nymo, 2003). Dagsvold (2006) påpeker at fagpersoner i møte med samer, må tåle subtile unngåelser og taushet. Manglende kunnskap om samers indirekte kommunikasjonsformer gjør at møtet med norsk helsevesen kan oppleves som vanskelig (Melbøe, Johnsen, Fredreheim & Hansen, 2016 s. 5).

Kulturell kompetanse innenfor helsetjenester kan forstås som en pågående prosess der helsepersonell kontinuerlig strever etter å oppnå ferdigheter for å fungere effektivt innenfor den kulturelle konteksten til pasienten (Campinha-Bacote, 2011, Hovland og Johannessen, 2018). Hovland og Johannessen understreker at kulturell kompetanse utvikles gjennom en bevissthet om egen kulturell forståelse, kunnskap om kulturelle og etniske grupper, ferdigheter i kulturelle vurderinger og i møte med mennesker med annen type kulturell bakgrunn. Et ønske om å utvikle egen kulturell bevissthet (Hovland og Johannessen, 2018, s.2) er fremtredende og viktig i et arbeid knyttet til å fremme brukermedvirkning for samiske pasienter. Kunnskap om hvordan fagpersoner med samisk kulturkompetanse muliggjør brukermedvirkning, er av forskningsinteresse med tanke på utvikling av et helsetilbud til samiske pasienter innen psykisk helsevern. Her mener vi vår studie kan gi et viktig bidrag.

Hensikt

Hensikten med vår artikkel er å trekke frem erfaringene til fagpersoner som i sitt daglige virke jobber med samiske pasienter i rus – og psykisk helsevern for å øke kunnskapen om brukermedvirkning i en samisk kontekst. Vårt fokus er på fagpersoners praksis med brukermedvirkning, i forhold til samiske pasienter. Konteksten for studien er Samisk nasjonalkompetansetjeneste innen psykisk helsevern og rus (SANKS). Tjenesten tilbyr utredning og behandling på spesialistnivå og tilstreber behandling som ivaretar samisk språk og kultur. Vårt forskningsspørsmål er som følger: hva hemmer og fremmer brukermedvirkning i en samisk kontekst, sett fra de ansattes perspektiver? Vi er særlig interessert i urfolkskunnskapen som brukes av fagpersonene, og hvordan denne kan påvirke en fremtidig helsetjeneste for den samiske befolkningen.

Teoretisk tilnærming

Ifølge rådende retningslinjer kreves det kommunikasjon og samhandling for å få til brukermedvirkning. Slik kan brukermedvirkning forstås som en sosial praksis. For å få økt forståelse for praktisering av brukermedvirkning i en samisk kontekst, har vi anvendt et interaksjonsteoretisk perspektiv på profesjonelt arbeid i analysen av datamaterialet. Perspektivet tar utgangspunkt i interaksjon og samhandling mellom personer, de kulturelle omgivelsene, og de konkrete aktivitetene som de gjør sammen (Måseide, 2008). Mennesker utvikles og handler i samspill med sine omgivelser (Atkinson og Housley, 2003). Samtidig er all interaksjon og samhandling er avhengig av rammer. Rammer er forventningsstrukturer som hjelper oss å forstå både egne og andres handlinger. Å definere rammen innebærer å få en ramme på plass, altså en synliggjøring av hva den handler om, noe som igjen styrer vår forståelse for egne og andres aktiviteter og atferd. Begrepet posisjonering knyttes ofte til fysisk og kroppslig posisjonering, men handler også ifølge Goffman (1981) om sosial og moralsk posisjonering. Posisjonering er noe vi driver med når vi tilskriver oss selv og andre sosiale eller moralske statuser og identiteter i samhandlingssituasjoner. Ofte skjer dette implisitt og indirekte, men også bevisst. Vi mennesker kan tildele eller hindre ulike deltakingsstatuser til de vi har rundt oss. Det kan gjøres med måten vi snakker på, hva vi snakker om, eller ikke (Måseide, 2008). Hvilken posisjon fagpersoner i SANKS inntar profesjonelt, sosialt og moralsk, vil derfor nødvendigvis har innvirkning for om den andre (her

samiske pasient) kommer i posisjon. Hvilken posisjon pasienten får mulighet til å innta, vil derfor kunne ha stor betydning for hvilken deltakingsstatus og dermed posisjon pasienter får i forhold til brukermedvirkning. I vår artikkel er rammer, posisjon og deltakingsstatus viktige begrep for å analysere og belyse praktisering av brukermedvirkning i samisk kontekst.

Teoretisk tilnærming

Ifølge rådende retningslinjer kreves det kommunikasjon og samhandling for å få til brukermedvirkning. Slik kan brukermedvirkning forstås som en sosial praksis. For å få økt forståelse for praktisering av brukermedvirkning i en samisk kontekst, har vi anvendt et interaksjonsteoretisk perspektiv på profesjonelt arbeid i analysen av datamaterialet. Perspektivet tar utgangspunkt i interaksjon og samhandling mellom personer, de kulturelle omgivelsene, og de konkrete aktivitetene som de gjør sammen (Måseide, 2008). Mennesker utvikles og handler i samspill med sine omgivelser (Atkinson og Housley, 2003). Samtidig er all interaksjon og samhandling er avhengig av rammer. Rammer er forventningsstrukturer som hjelper oss å forstå både egne og andres handlinger. Å definere rammen innebærer å få en ramme på plass, altså en synliggjøring av hva den handler om, noe som igjen styrer vår forståelse for egne og andres aktiviteter og atferd. Begrepet posisjonering knyttes ofte til fysisk og kroppslig posisjonering, men handler også ifølge Goffman (1981) om sosial og moralsk posisjonering. Posisjonering er noe vi driver med når vi tilskriver oss selv og andre sosiale eller moralske statuser og identiteter i samhandlingssituasjoner. Ofte skjer dette implisitt og indirekte, men også bevisst. Vi mennesker kan tildele eller hindre ulike deltakingsstatuser til de vi har rundt oss. Det kan gjøres med måten vi snakker på, hva vi snakker om, eller ikke (Måseide, 2008). Hvilken posisjon fagpersoner i SANKS inntar profesjonelt, sosialt og moralsk, vil derfor nødvendigvis har innvirkning for om den andre (her samiske pasient) kommer i posisjon. Hvilken posisjon pasienten får mulighet til å innta, vil derfor kunne ha stor betydning for hvilken deltakingsstatus og dermed posisjon pasienter får i forhold til brukermedvirkning. I vår artikkel er rammer, posisjon og deltakingsstatus viktige begrep for å analysere og belyse praktisering av brukermedvirkning i samisk kontekst.

Det dobbelte kulturbegrepet

Innenfor en antropologisk kontekst er kulturbegrepet sentralt. Fjord Jensen (1988) beskriver det «doblelte kulturbegrepet» som helhet og forskjell. Det helhetlige kan knyttes til eksempelvis psykiatrien som kultur, hvor man har en rekke ting til felles. Samtidig er kulturen fragmentert, og det virkningshistoriske samspillet mellom forskjellige, men gjensidige kulturbegreper artikuleres i og med hverandre kontinuerlig. Det dobbelte kulturbegrepet gjør seg også gjeldende i den emiske og den etiske dimensjonen av eksempelvis et feltarbeid i samiske miljøer. Den emiske dimensjonen referer til et aktørorientert perspektiv, en kulturs kollektive meningsverden sett fra «innsiden» (Ødemark, 2000). Den emiske dimensjonen tar opp i seg aktørenes eget erfaringsnære språk, og forsøker å se verden gjennom ord, fraser, fortellinger, tegn, riter og symboler som informantene selv benytter (ibid). Virksomme symboler på «innsiden» i et gitt kulturelt system, bør ikke oppløses i «ytre» kulturalanalytiske kategorier før lokale aktører har kommet i tale på egne kulturelle premisser (Ødemark, 2000). Disse to perspektivene, det lokale – «emiske» kulturelle perspektivet og den allmenne «etiske» samfunnssteorien utelukker ikke hverandre, men er snarere analytiske beskrivelser av det samme fenomenet fremført av forskjellige perspektiver (ibid.). Balansen mellom emisk og etisk dimensjon kan vise frem spenninger innenfor kulturelle fenomen, i dette henseende brukermidvirkning. Mens det etiske, utvendige perspektivet har sin forståelse av fenomenet brukermidvirkning, står det emiske for det indre perspektivet som innebærer at man forsøker å se på brukermidvirkning gjennom deltakernes øyne, slik de ser fenomenet (Kristoffersen, 1997). Det sistnevnte kan oppleves som en særlig nødvendig fordring når man arbeider i et felt der kultur- og verdiforskjellene er store. I denne sammenhengen opplevde vi at psykiatriens biomedisinske tilnærming var svært forskjellig fra våre deltakeres lokale, erfaringsbaserte praksis.

Materiale og metode

Studien er del av en større studie som har som formål å få mer kunnskap om hvordan brukermidvirkning kan forstås og utøves i samiske områder. I perioden fra våren 2018 til våren 2019 intervjuet vi 9 pasienter og pårørende, og 9 fagpersoner fra nord-, sør- og lulesamiske områder. I denne artikkelen fokuserer vi på

fagpersonenes erfaringer. Deltakerne ble rekruttert ved hjelp av kontaktpersoner fra SANKS.

Studiens historiske kontekst

Samene er Norges eneste urfolk. Samene utgjør i dag en transnasjonal folkegruppe i fire europeiske nasjonalstater: Norge, Sverige, Finland og Kola Peninsula i Russland (Sametinget, 2017). Flertallet av samer bor i Norge, og er estimert til ca. 70 000 (Statistisk sentralbyrå, 2018), og rundt 25 000 snakker samisk (Duolljá & Gaski, 2019). Samisk språk inndeles i hovedsak i nord, sør eller lulesamisk (ibid.).

Innenfor en kulturell kontekst er det viktig å forstå følgene av at samer var utsatt for en brutal fornorskningsspolitikk fra 1850 til 1980. Politikken ble planlagt og gjennomført av norske myndigheter. Samer mistet selvråderett over eiendom, barn ble tvangsflyttet fra foreldre og plassert på internat hvor de ble frarøvet språklig og kulturell tilhørighet (Minde, 2005). Frem til 1950 tallet var det forbudt å snakke samisk eller lære bort samisk på skolen. Dette har satt dype spor i den samiske befolkningen. Konsekvensene av fornorskningssprosessen har vært store. Systematisk undertrykking førte til at samisk kultur, språk og religion nesten forsvant (ibid.), og fornorskningstiden skapte et syn på samer som annenrangs menneske (Nymo, 2007). Mange foreldre bestemte seg i fornorskningssperioden å lette livet til både seg selv og sine barn, med å assimilere seg inn i det ikke-samiske samfunnet. De la bort eget språk, og lærte barna sine norsk. Myndighetens mål var at samer skulle legge et totalt lokk på det samiske og fortrenge sin samiske bakgrunn (Nergård, 2017). Å påføre skam over å være same var en del av fornorskningens strategi (ibid.).

En økende grad av bevisstgjøring hos nye generasjonen samer tok til på 1960 og 1970 tallet, og samesaken ble i økende grad en urfolkssak. En konflikt startet da Stortinget i 1978 vedtok å demme opp Alta-Kautokeinovassdraget for å bygge en kraftstasjon. Konflikten markerte et tidsskille i samepolitikken i Norge. Internasjonalt skapte det reaksjoner på hvordan Norge behandlet sitt urfolk, og det presset frem behov for innrømmelser av samers rettigheter. Omfattende protester, aksjoner og demonstrasjoner fra samer og miljøpolitisk hold førte til politiske endringer. Samene ble heretter anerkjent ikke bare som en minoritet, men også som et urfolk i Norge (Sametinget, 2017). Samtidig var det et overveldende antall unge samer nord i Norge som utførte selvdød på 1980-tallet. Det førte til opprettelse av et psykiatrisk ungdomsteam i området som skulle ha særlig fokus på rus- og selvmordsproblematikk. Opprettelsen av et barne- og ungdomspsykiatrisk tilbud

bidro etter hvert til etableringen av SANKS i 2002 (Rønning, 2016). Etableringen gjorde det mulig for samer å kunne velge å møte helsepersonell med samisk kulturforståelse (ibid.).

Revitaliseringen av samisk kultur startet på 1980 tallet, og samisk historie, språk, folklore og livsstil fikk en oppblomstring (Blix, 2015). I Norge gjennomførte man en målbevisst og langvarig assimileringsspolitikk, som skilte seg fra sammenlignende stater og land i verden. Fra norsk side ble ikke samene ratifisert som urbefolkning før i 1990 (i tråd med ILO konvensjon nr. 169 om urbefolkning og stammefolk av 1989). Det har bidratt til at den historiske arven etter fornorskningsspolitikken, fremdeles er moralsk besværlig og politisk betent den dag i dag, fremhever Nergård (2011).

Datainnsamling

Norge er et langstrakt land med store avstander som kan være tidkrevende å reise i. Intervjuene med fagpersoner ble derfor gjennomført på ulike måter. Tre intervju ble gjennomført over skype, to intervju pr. telefon, og fire intervju ble gjennomført ansikt til ansikt. En tematisk intervjuguide ble brukt. Første og andreforfatter gjennomførte intervjuene. Begge har utstrakt erfaring fra profesjonelt helsearbeid innen rus- og psykisk helsevern, som klinikere og forskere. De fleste intervjuene varte omtrentlig i 60 minutter. Intervjuene ble tatt opp digitalt, og lydfilene skrevet ut verbatim.

Deltakerne

SANKS har kontorer spredt fra nord til sør: i Karasjok, Narvik, Tysfjord, Snåsa, Røros og Oslo. I tillegg har SANKS samarbeidsavtale med Regionen Jämtland Härjedalen i Sverige. Vi har intervjuet fagpersoner ved alle kontorer, unntatt Snåsa. Av hensyn til anonymisering presenteres ikke deltakerne knyttet til sine respektive kontorer, men som en samlet gruppe. De jobber ved ulike avdelinger for barn og unge, familier, og voksne. Både på poliklinikk og sengeposter. Yrkesgrupper de representerer er eksempelvis sykepleiere, familieterapeuter, vernepleiere og psykologer. Alle har på ulike måter nær tilknytning til samisk kultur, enten som samer selv, og/eller at de er i familie med samer. Overordnet spørsmål i intervjuguiden var knyttet til egne erfaringer med å arbeide med samiske pasienter.

I våre spørsmål henvendte vi oss til fagpersonenes erfaringer, tanker, følelser og intensjoner i relasjon til deres kliniske handlinger jamfør studiens fokus. Flere

av fagpersonene gav uttrykk for at spørsmålene var krevende. Samtidig skapte de en mulighet til å høre egne ord og artikuleringer om fenomener og verdier som ellers ikke løftes eksplisitt frem i en travel arbeidshverdag.

Forskningsetikk

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (saksnummer 59385/3). Alle fagpersoner har gitt skriftlig samtykke til å delta i studien. Vi har ivaretatt anonymiteten til deltakerne ved å ikke bruke navn, men nummer på deltakerne og benevne alle som fagpersoner.

Analyse av data

Vi har gjennomført en tematisk analyse inspirert av Braun & Clarke (2006). Alle intervju ble lest grundig gjentatte ganger for å bli godt kjent med dybde og bredde i materialet. Første leserunde gjorde vi hver for oss, før vi i fellesskap delte tanker om hva vi var blitt opptatt av i materialet. Videre begynte en formell kodingsprosess, og rådata ble ordnet i tekstnære koder. Kodene ga oversikt og identifiserte gjennomgående mønstre relevant for studiens overordnede tema. Disse mønstrene dannet grunnlag for en tematisk inndeling av materialet. Underveis ble alle intervju lest på nytt som forsikring om at temaene vi analyserte frem reflekterte datamateriale.

Alle fagpersonene fortalte at de hadde narrativ og fortellerfremmende tilnærming til pasienter og deres familier i daglig klinisk arbeid. Historiefortelling er en viktig meningsskapende aktivitet for urfolk (Allen et al., 2014). Analyse av materialet synliggjorde at samefolkets historie hadde en sentral plass blant fagpersonene. De fortalte historier som «svar» på våre spørsmål, samtidig som for-norskningssprosessen var sammenvevd i deres fortellinger fra klinisk arbeid. For denne artikkelen ledet forskningsspørsmålet og det teoretiske perspektivet vår oppmerksomhet mot hvordan samisk kultur, barneoppdragelse, familie og for-norskningssprosessen implisitt ble snakket om i sammenheng med brukermid-virkning som sosial praksis.

I denne sammenhengen er det interessant å trekke frem vårt ønske om å nærme oss den emiske dimensjonen av brukermidvirkning blant fagpersonene; det er et bevisst grep å forsøke å holde deltakernes perspektiver på brukermidvirkning gjennom det analytiske arbeidet. Gjennom den innledende analysefasen ble en tydelig kulturforskjell klar, i forhold til den biomedisinske tilnærmingen til pasi-

enter, og de fagansattes lokalt forankrede forståelse av brukermedvirkning blant samiske pasienter. De analytiske termene vi bruker holder seg tett til fagfeltet, og våre deltakeres praksis.

I vår analyse var det spesielt tre forhold som gjorde seg gjeldende. Disse forholdene har vi tematisert som sosialisering til kjerneverdiene 1) Selvstendighet og hardførhet i samisk barneoppdragelse. Siden kjerneverdiene utfordrer pasienter og fagpersoner å komme i posisjon til hverandre, gjør fagpersonene 2) Terapeutisk tilpassing av kunnskap og erfaring. For fagpersonene innebærer det også å forholde seg til storfamilien i individualbehandling på ulike måter i tilpasninger av behandlingen. Å etablere en trygghet i kontakten tar tid og kan være krevende. De ansatte fremhevet derfor betydningen av 3) handlingsrettede relasjoner.

Presentasjon av resultat

Selvstendighet og hardførhet

Et spørsmål som vi ikke spurte om, men som alle fagpersonene tematiserte, var samisk barneoppdragelse. Flere trakk frem at samisk barneoppdragelse har en indirekte oppdragermetode og bygger på andre kjerneverdier enn i norsk barneoppdragelse. Sentralt i samisk kultur står selvstendighet og hardførhet. I læring av selvstendighet er det liten vokseninvolvering. Rollen til foreldre er i stor grad å være veiledere som går ved siden av barnet uten å blande seg for mye inn. Å få tilhørighet til naturen og årstider ble forklart av fagpersonene å være en viktig verdi for samer. For å klare seg i naturen og livet for øvrig må barn lære å ferdes ute i all slags vær, noe som innebærer å øve seg på å kle seg etter været. Om barn ikke har kledd seg etter været, tenker foreldre at barna lærer av erfaringen, og klær seg bedre neste gang. Spesielt for oppdragelsen er at barna er med på alt, eksempelvis rein; - merking, telling og slakting. Slike aktiviteter styres ikke av klokken, og kan foregå på sen kveld og natt, hverdag som helg. I denne måten å praktisere oppdragelse på oppfylles intensjonene om å bli hardfør, som vi forstår i denne konteksten betyr å «herdes» for å bli robust, selvstendig og sterk. Både fysisk og mentalt. Spesielt for gutter er det viktig å lære seg slike kvaliteter, da det gir posisjon og status. Samtidig er det flere momenter med selvstendighet og hardførhet som fører til utfordringer. Det kan blant annet føre til at folk går på akkord med seg selv, på-

pekte flere av fagpersonene. Ansatt nr. 3 som jobber med barn og familier beskrev det slik:

»Altså, du (her i betydning familien) har gått over en stor bøyg når du har måtte bedt om hjelp. Det gjelder ikke for alle, men for mange er det slik at den dagen de ber om hjelp, da går det utover egenverdien. (). Da er de helt utslitte som mamma og pappa. Jeg husker vi hadde inne en familie som sa: «Åh, jeg tåler snart ikke mitt eget barn! Da hadde det gått alt for langt før de tok kontakt.»

Fagpersonene fremhevet at de erfarer at mange burde fått hjelp lenge før, og at situasjoner ofte er marginale når SANKS og pasienter kommer i kontakt med hverandre. Stolthet, og verdien om å være selvstendig gjør terskelen høy for å be om hjelp. Av den grunn holdes utfordringer i hverdagen skjult for omverden. I tillegg har mange ikke ord for å formidle det som er vanskelig. Ansatt 6 sier grunnene ofte er at:

»De er ikke vant med å sette ord på det. Eller kanskje de snakker mer mellom linjene... Kanskje må de nå snakke om tema som ikke har vært pratet om før i familie eller oppvekst (). Mange er jo oppvokst med dette her, selvstendighet som et viktig prinsipp.. Så det å prate om vansker... nei, det er liksom... Så mange tenker at: «Det her skal vi nå ordne opp i selv».

Et annet moment som flere fagpersoner trakk, er at kjerneverdiene selvstendighet og hardførhet fører med seg et behov for å utvise 'varhet' i kombinasjon med oppmerksomhet. Ansatt 2 eksemplifiserte det slik:

»Dersom man bare prater om kulturen i positive vendinger, som alt det fine med rein-drift, og romantiserer det ...»at det må være fint for et barn å vokse opp i reindrifft», så overser man kanskje ting som skjer. At noe blir bagatellisert.»

Temaer som står i fare for å ikke bli avdekt kan være omsorgssvikt. Måten fagpersonene snakket om 'varhet' på, kan forstås som balansering på en knivegg. De skal støtte foreldre i barneoppdragelsen. Samtidig må de sjekke om de har fremfor seg et barn som er overlatt til seg selv, og derfor sliter. Å innta en posisjon hvor barns beste er i fokus, ble forklart å være viktigere enn å ikke tørre stille krav til foreldre av redsel for å påføre krenkelser. Som ansatt 2 sa videre: *«vi må forstå, ja, men ikke stoppe der. Vi må evne å kople kulturforståelse på faglig forståelse».*

Et tredje moment i analysen i forhold til selvstendighet og hardførhet, er at ikke alle (samiske) pasienter har et åpent forhold til at de er samiske, eller har samiske aner i familien. Selv i kontakt med SANKS. Som ansatt 9 forklarte:

Et tredje moment i analysen i forhold til selvstendighet og hardførhet, er at ikke alle (samiske) pasienter har et åpent forhold til at de er samiske, eller har samiske aner i familien. Selv i kontakt med SANKS. Som ansatt 9 forklarte:

»Mange (familier) snakker ikke høyt om at de er samer. Ikke nødvendigvis nekter de, men unnlater å snakke om det. Over tid har det gått over i «glemmeboken».

Utfordringer for fagpersoner er da å anerkjenne foreldres åpenbare praktiseringer av kjerneverdier som selvstendighet og hardførhet, samtidig som de må jobbe for å komme i posisjon for videre samhandling og samarbeid. Å være tilgjengelige, undre og snakke – over tid, ble trukket frem av fagpersonene som det viktigste de gjør for å være til hjelp. På hvilken måte, analyseres i neste tema.

Terapeutisk tilpassing av kunnskap og erfaring

Fagpersonene fortalte om pasienter som reiser lange avstander for å møte dem. På spørsmål om hva fagpersonene selv anså som hovedgrunnen til dette, fremhevet alle kompetanse på samiske samfunnsforhold og kultur som hovedbegrunnelse. Når fagpersonene ble bedt om å eksemplifisere «hva det er de gjør, som er så essensielt», sa for eksempel ansatt 4:

»Hva jeg gjør, består nok av flere ting. Jeg har kjennskap til kulturelt betinget måte å kommunisere på. Det er liksom det mest håndgripelige. Det går altså på, hm... det går på sånne små ting, detaljer, som er vanskelig å peke på... Hvordan man hilser, hvor fort man prater, hva «small talk» er på samisk.»

Mer spesifikt trakk fagpersonene frem viktigheten med «side ved side» kommunikasjon. Å sitte ved siden av hverandre å snakke, er vanlig i samisk kultur. Spesielt når det snakkes om noe som er utfordrende. Fagpersonene sa de bruker denne kunnskapen bevisst, i kombinasjon med erfaringen om at de må vise med hele seg at de ikke har som intensjon å 'invadere'. Å utvise respekt på denne måten gjør at folk kjenner seg på hjemmebane, var forklaringen.

Fagpersonene understreket at deres gode kunnskap om samisk leveste fører til lettelse hos pasientene. De refererte også til pasienter som forteller at når de for eksempel er på legesenter og sykehus, opplever de fagfolk som blir så begeistret over å ha en same som pasient, at de spør pasienten ut om samisk kultur. Å bli 'eksotifisert' kan føre til forskyvning av fokus vekk fra pasienten - over til fagfolk(ene), understrekte ansatt 4. En slik måte å imøtekomme pasienten er nok godt ment, sa hun videre. Til kontrast, når pasienter skjønner at den som sitter ved siden av deg

har erfaring med reindrift, hva det vil si å ha konflikter i slekta, gir det 'tillatelse' og rom til å vise seg samisk. Ansatt 1 sa det slik:

»Foreldre kan begynne å gråte når de forstår at vi kan kulturen. (). Da prater vi om reindrift, våre foreldre og besteforeldre. Det har stor betydning for familier som kommer for å få hjelp, og de sier at det er som å komme hjem. (). De lyser opp, og gjerne menn, som ikke er vant til snakke så mye. Da åpner de seg mer opp.«

En annen tilpasning av kunnskap og erfaring som trer frem i analysen, er at fagpersonene er veldig personlige i samhandlingen med sine samiske pasienter. Begrunnelsen forklares slik av ansatt 4:

»Altså, jeg gir jo litt av meg selv. De må jo skjønne hvem jeg er som person. Så jeg bruker ofte eksempler fra mitt eget liv... ja... for å eksemplifisere noe vi snakker om, for å vise at det går an å snakke og tørre å gi litt av seg selv.«

Samtidig sa flere at de må jobbe med sine egne erfaringer og opplevelser knyttet til samisk kultur, «sitt eget emosjonelle stoff», slik at det ikke sammenblandes med pasientenes.

Storfamilien i individualbehandling

Siden storfamilien er sentral, tilpasses storfamilien inn i individuell behandling. En del av behandlingen til barn og unge, er at familien og behandlere drar på tur og overnatter i lavvo. Fagpersonene har kunnskap og erfaring om at en slik kontekst muliggjør snakk og samarbeid, fremfor å gjøre det samme på en kontor. Det er foreldre som inviterer deltakere ut i fra hvem de anser som nyttige å ha med. I tillegg til barnas søsken, kan barnas tanter, onkler og besteforeldre være naturlige deltakere i familiebehandlingen. Et annet eksempel på at storfamilien er sentral, er hvordan flere ledd i storfamilien driver reindrift i lag. Å ha kunnskap og forståelse for hva det innebærer, sa fagpersonene har betydning for hvordan problemstillinger om helse forstås og håndteres. Ansatt 4 forteller:

»Jeg har pasienter som sliter innenfor reindriften, som sliter med (avgjørelsen) om de skal legge opp. De kjenner det på kroppen... Altså symptomene er ikke annerledes enn hos andre som opplever stort press, men årsaken er jo litt mer eksklusiv, holdt jeg på å si, det handler om samisk primærnærings.«

Endring i (psykisk) helse ble forklart å henge sammen med den tunge byrden om å kanskje være den som bidrar til at reindrift innad i familien blir avvirket. Å stå

i et slikt dilemma bidrar til ytterligere belastning, forklarte flere. Hvilken avgjørelse du eventuelt tar får ikke bare betydning for egne barn og familie, men hele storfamilien, i generasjoner. Som ansatt 5 poengterte:

»Meg, er faktisk hele storfamilien. Sånn at når jeg (pasienten) skal brukermedvirke, er det faktisk på vegne av hele storfamilien. «Det jeg gjør har konsekvenser for andre».«

Flere av fagpersonene var tydelige på at mange problemstillinger som deres pasienter kommer med ikke handler om «ren psykiatri, men som belastninger som følge av pågående fornorskning.

Handlingsrettede relasjoner

Samisk kultur ble av flere forklart som en konservativ kultur hvor religion (kristendom og særskilt læstadianisme, en konservativ lekmannsbevegelse) (Olsen, 2007), kan påvirke hva som 'tillates' å snakke om, og hva som bør holdes innad i familien. I tillegg forklarte fagpersonene at flere av deres pasienter har utfordringer med å forholde seg til offentlige autoriteter på grunn av sine negative erfaringer fra fornorskningstiden. Behandlingstilbud forstås og oppleves av mange som en offentlig autoritet med makt og myndighet. Å komme i posisjon krever derfor god tid og kreativitet. Fagpersonene fortalte at de drar på hjemmebesøk, spiser sammen med pasienten og går på turer. De møter ungdom over SMS, på kafe og skole. Flere sa de drar på kjøreturer, for da kan de naturlig sitte side ved side, gjerne over lang tid. De møter svenske pasienter halvveis på veien, og snakker sammen i campingbil. Flere sa også at de bestreber å være fleksible i forhold til arbeidstid og avtaler, for som ansatt 7 sa:

»Mange reindriftssamer må ha slingringsmonn på en uke når det gjelder avtaler, for de er ute i terrenget. Og så må jeg være fleksibel på hva vi skal snakke om. Jeg kan ha planer om å ta opp det og det, men så har de hatt ulv eller bjørn i flokken – og da er det det som opptar dem.«

I spesielle områder ble det forklart å være veldig mye traumer, som har gått i arv. I et område ble det forklart å eksplisitt henge sammen med fornorskningssprosessen; det at samer i generasjoner har fått livsvilkårene sine endret. Eksempler på endringer av stor betydning er bygging av bolig - og hyttefelt, vindmøllepark, etablering av scooterløyper i reindriftsområdet, for å nevne noe. Endring av livsvilkår kan få store konsekvenser, sa ansatt 5:

»Det historiske presset i generasjoner fortsetter å endre livsvilkårene for samer den dag i dag. Det gjør det vanskelig å stå opp om morgenen. Det gjør det vanskelig å kjenne livsgnist. Fordi du er nødt til å forholde deg til rettsaker, sjikane, plansaker, hyttefelt, vindmøller. Du kan bli kvalm av å lese kommentarfeltene. (). Altså, det gjelder ikke bare dine rein. Det gjelder hele ditt eget reinbeitedistrikt siden alle i området er i slekt med hverandre, mer eller mindre. Så vi må ta på alvor. Vi må forstå hvor alvorlig dette faktisk oppleves. Det oppleves som om bakken forsvinner, og alt fremtidshåp er borte.«

Fagpersoner sa at underforbruk av tredjelinjetjenesten skyldes mistillit til helsevesenet. Samtidig har fagpersoner i SANKS kunnskap om byrden folk bærer på. Det har formet deres tilnærming. Oppsøkende virksomhet ble forklart å være essensielt for å fortelle folk om tilbudet SANKS. Å oppholde seg på kafe på kjøpesenter, og invitere til en prat ble forklart som en strategi. En annen fagperson fortalte om hvordan lokalradio og lokalaviser systematisk har vært brukt for å informere om aktiviteter på SANKS. Hensikten har vært å få til at SANKS er et sted hvor folk kan komme for å få seg en kopp kaffe for å se stedet i selvsyn. Tinntrådbroderi og annen dodjii (samisk håndverk) brukes også i relasjonsbygging. Å oppsøke reingjerdet, forklarte flere er viktig. Det så vi i selvsyn. Den beste praten kommer av og til når fagpersoner og pasienter står side ved side og parterer rein. Da kan engstelige kvinner fortelle at de er redde for mannen sin som ofte er ute i uvær, og at de tenker på om han har kjørt utfor med skuteren, eller er blitt syk. Det som samtidig ligger under bekymringene, er at de har mistet alt av kalver til rovdyr, og dermed inntekter. Samtidig har de småbarn, utgifter til hus og skutere. Flere fagpersoner sa at de av og til må jobbe med å få ryddet i familieøkonomi og boligproblemer, før de kan begynne å snakke om de psykiske problemene.

Det som flere fremhevet, var hvordan samiske pasienters behov står i kontrast til behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten til psykisk helsevern, hvor standard behandling kan være 45 minutters polikliniske samtaler. Som kontrast til medisinsk diagnosetenkning, trakk flere frem betydningen av implementering av et folkehelseperspektiv. Flere trakk også frem omgivelsens betydning i arbeid med samiske brukere, og foreslo at spesialisthelsetjenesten burde legge til rette for gammer, lavvoer og bålplasser i stedet for flere kontorer.

Diskusjon

Hensikten med vår artikkel var å trekke frem erfaringer til fagpersoner som i sitt daglige arbeid jobber med samiske pasienter i rus – og psykisk helsevern. Vårt fokus var på fagpersoners praksis med brukermedvirkning. Diskusjonen er organisert med utgangspunkt i forskningsspørsmål.

Hva hemmer en brukermedvirkende praksis i samisk kontekst?

I det offentlige helsevesenets psykiske helsevern, er biomedisin en ramme som fagpersoner posisjonerer seg etter (Mathisen, Obstfelder, Lorem & Måseide, 2016). For å gjøre sikker diagnostikk, er det viktig at fagpersoner vet mest mulig om pasientens liv, helse og plager (Skårderud, Haugsgjerd & Stånicke, 2010). Målet er å finne den best egnede behandlingen. Medikamenter er ofte behandlingen i tillegg til avtalte samtaler (Helsedirektoratet, 2019). En slik praksis står i sterk kontrast til samisk kultur på flere måter. De reelle kultur- og verdiforskjellene er store.

En kontrast er at behandlingen i standardisert psykisk helsevern er individrettet, som regel uavhengig av familiers behov og ønsker. Samisk kultur er en kollektivistisk kultur, med særegen form for individualisme/kollektivism (Javo, Rønning og Heyerdahl, 2004). I vestlig kulturer (inkludert Norge), empatiseres 'jeg'. Individuell autonomi, sosial uavhengighet og privatliv står sterkt (ibid.). Blant urfolkskulturer empatiseres 'vi', samtidig som autonomi og selvstendighet er kjerneverdier, i lag med stor lojalitet og plikt overfor familien. Det kollektive (ansvaret) rangeres fremfor individuelle behov. Det å dele, oppfylle plikter, ta avgjørelser i grupper og vise solidaritet overfor gruppen du tilhører står sentralt, spesielt innenfor reindrifta (Javo, Rønning og Heyerdahl, 2004). Det kollektive ansvaret hos den enkelte, må gripes og forstås hos fagutøvere i psykisk helsevern blant urfolk.

En annen kontrast er at fagpersonene i SANKS må håndtere kjerneverdiene selvstendighet og hardførhet, på (minst) to måter. De må håndtere utfordringene med å komme i posisjon til pasienter som forstår psykisk uhelse som tegn på svakhet (jamfør Bongo, 2012, Minde & Nymo, 2016). Det andre de må håndtere, er at de som fagpersoner i et offentlig behandlingstilbud skal bestrebe å komme i posisjon til et folk som har opplevd seg krenket av det offentlige. Vi mennesker utvikles og handler i samspill med omgivelsene, sier Atkinson og Housley (2003). For mange samer har deres omgivelser vært preget av norske myndigheters for-

norskningpolitikk. Professor i sosialmedisin, Per Fuggeli, hevdet at fornorskningpolitikken var offentlig omsorgssvikt (Fuggeli, 2017). Selv om politikken offisielt er avsluttet, fortalte fagpersonene i vår studie at de møter mange pasienter som på ulike måter sliter med ettervirkningene av den offentlige politikken.

For eksempel fortalte de om flere reindriftsutøvere med helseutfordringer. Helsetutfordringene knytter seg ikke bare til lange arbeidsdager, kulde, vonde knær og rygg, men det å konstant bekymre seg. Bekymringene knytter seg til det faktum at premisene for reindrift er under konstant endring. Utbygging og turistnæring fører til at villmark blir borte; altså de områdene hvor reinsdyr beiter og kalver. Bekymringene gir psykiske plager, sa fagpersonene. Norske myndigheter bryter ikke inn, og dette kan forstås og kjennes på kroppen som en fortsatt pågående fornorskningprosess, sier Mikkelsen (2013). Også når det gjelder arealinngrep (Larsson, 2017). Å ha tiltro til «lover og regler» om brukermedvirkning i en norsk kontekst, kan derfor i kontekst forstås utfordrende å forholde seg til for samiske pasienter.

De ansatte i vår studie fremhevet et ønske om å bruke et folkehelseperspektiv i sin tilnærming til medvirkning i samiske områder. Mykletun & Knudsen (2009) trekker frem fem særlige utfordringer med behandling av psykiske lidelser i et folkehelseperspektiv. Den første utfordringen omhandler å få mennesker til å søke hjelp. Dette krever kommunikasjon om helse på mange arena, fra barnehage til skole, for å unngå stigmatisering og unndragelse av viktig helsehjelp. Den andre utfordringen er å redusere underbehandlingen av syke, og overbehandlingen av friske. Man må treffe «riktig». Kroppslige symptomer kan for eksempel overskygge psykiske utfordringer i møtet hos fastlegen. For det tredje, hevder Mykletun & Knudsen (ibid.) at allmennlegen er nøkkelen for å normalisere helsetilstander. Det er viktig å redusere terskelen for henvisning. Neste utfordring omhandler pasienter som faller fra underveis i behandlingen. Den siste utfordringen er knyttet til kvaliteten til den anvendte behandlingen. Man må nærme seg pasientens individuelle ønsker, og komme til en enighet om hva en god behandling for den enkelte vil være. Disse omtalte utfordringene er overførbare til den samiske konteksten i vår studie, men med kunnskapen om samiske kjerneverdier og anerkjennelsen av en pågående fornorskningprosess som bakteppe.

Hva fremmer en brukermedvirkende praksis i samisk kontekst?

Det kommer tydelig frem i vår studie at fagpersoner i SANKS har erfaring og kunnskap om samiske kjerneverdier og levesett, og bruker denne aktivt. Fagpersonenes praktisering av kunnskap kan forstås som verktøy for muliggjøring av brukermedvirkning. På hjemmebesøk skaper de rammer for samhandlingen mellom seg og pasienten (jamfør Måseide, 2008). Måten de gjør det på, er blant annet ved å utnytte omgivelsene, og sette av god tid. For eksempel anvendes måltider og naturen; de spiser sammen og går turer. Denne måten å jobbe på kan forstås som utvisning av respekt for pasienten og de kulturelle normene om å snakke om hverdagslige ting før man nærmer seg det som er vanskelig (jamfør Nymo, 2003, Dagsvold, 2006, Bongo, 2012, Minde og Nymo, 2016).

I et interaksjonsteoretisk perspektiv er regler noe mer enn nedskrevne regler gjennom jus, lovverk og standardiserte prosedyrer. Interaksjonsorden viser til regler for hvordan man skal oppføre seg i sosiale settinger, og hvilke reaksjoner som er passende i den aktuelle samhandlingen (Måseide, 2008). Hvordan fagpersoner for eksempel skal forholde seg til ansikt-til-ansikt situasjoner, styres av forventninger; at det er noe som regulerer og påvirker samhandlingen. Dette er rituell samhandling som tilpasser seg blant annet kultur og ideologier. I noen sammenhenger kan dette skje implisitt og indirekte (ibid.), men fagpersoner i SANKS synes å gjøre dette bevisst. De tilpasser hvordan de snakker, for å gi den andre tid til å tilpasse seg samhandlingssituasjonen, og de tilpasser hva de snakker om. Møtene kan beskrives som talesituasjoner (Hymes, 1997) om dagliglivet, og involverer taleaktiviteter, som kan forstås som det performative aspektet av det de snakker om (jamfør Levinson, 2002). Begrepene tydeliggjør at samtalene er noe mer enn utveksling av uformell informasjon og «oppdatering av familien og slekten». Samtalene innebærer etablering av bestemte relasjoner og dermed former for samhandling. Fagpersonene bruker sin kjennskap til samisk small-talks for å hjelpe pasienten å innta en aktiv deltakingsstatus. Med bål og kaffe kreeres øyeblikk for samtaler, og pasientens plager og bekymringer blir tilgjengelige for begge parter. Om rammene blir skjøre (se Måseide, 2008), endrer fagpersonene rammene, og tar for eksempel med seg pasienten i bilen for en kjøretur. I familiebehandling drar de sammen med (stor)familien på overnattingsturer i lavvo i stedet for å kun sitte på kontor.

Analyser av studiens empiri tydeliggjør det som kan forstås som fagpersoners bevisste arbeid for å bistå og endre enkeltpersoners og samefolks opplevelse av

avmakt. For eksempel velger fagpersoner kulturelt verdsatte aktiviteter som pasienten (og familien) opplever som meningsfulle. Det å gjøre kulturelt funderte aktiviteter - utvikler både personlig og sosial aktivitet, og styrker identitet, sier Borg, Karlsson & Kim (2009). Videre sier de at recovery kan jobbes med på et individuelt plan, og i forhold til et folk (Karlsson & Borg, 2017). Siden det å jobbe recoverybasert har sine røtter i opprør mot undertrykkelse, stigmatisering, marginalisering og manglende menneskerettigheter (ibid.), kan fagpersonene forstå å ha en kulturtilpasset tilnærming for å styrke og støtte samiske pasienter til å komme i posisjon, og få en stemme inn i behandlingstilbudet. Det mener vi er av betydning for brukermedvirkning.

Hva kan vi lære av praktisering av urfolkskunnskap innen psykisk helsevern?

I prinsipper for brukermedvirkning understrekes det at fagpersoner ikke skal unndra sin ekspertise og erfaringer (Aarre, 2010). Intensjonene er at brukerens og fagpersonens kunnskaper skal supplere hverandre. For å være til hjelp er det avgjørende å forstå hva folk strever med, sier Borg (2007). For å forstå, må fagpersoner være innstilt på enkeltmenneskers dagligliv og hverdagserfaringer (ibid.). Fagpersonene i SANKS tar i bruk og utøver den samisk fortellertradisjon. De lytter på pasientens historier, og fremmer på denne måten pasienten og familien som sosiale aktører i eget liv (jamfør Allen et al., 2014). Det samme gjøres i Alaska. Der er stiftelsen Southcentral Foundation Nuka System of Care et eksempel på hva involvering og god medvirkning kan være blant urbefolkning. Stiftelsen er eid av urfolk, og har som visjon at urfolk og majoritetssamfunnet skal jobbe sammen på en god måte. Målet er å styrke kultur, og gi enkeltpersoner og familier mulighet til å ta ansvar for eget liv og egen helse. Relasjonen mellom helsepersonell og pasient ses på som unikt, og hver enkelt pasient sin historie, verdier, ressurser, økonomi og arbeidsliv legges til grunn med mål å gi et helhetlig behandlingstilbud til hver enkelt (Southcentral Foundation, 2019). En slik måte å jobbe på tydeliggjør at det er pasientene/familiene som eier problemene sine, og ikke helsevesenet. Det er et viktig perspektivskille, som kan forstås å innebære et folkehelseperspektiv og bærekraftig utvikling, fremfor et reparerende fokus. Fagpersonene i SANKS lager aktivitetsekvelder for å nå ut til pasientene. De prater i nærradio og aviser, og møter opp ved reingjerdet for å alminneliggjøre at det er greit å snakke høyt om vanskelige tema. De bryter barrierer med bevissthet om å ikke krenke noen. Vi hevder at

de standardiserte helsetjenestene kan lære av hvordan SANKS endrer og tilpasser spesialisthelsetjenesten til sin målgruppe.

Konklusjon

Studien vår viser at fagpersonene i studien forholder seg til samiske kjerneverdier som selvstendighet og hardførhet, og konsekvenser av fornorskningsprosesser i sitt daglige arbeid. Samlet kan fagpersonenes tilnærming forstås som praktisering av urfolkskompetanse som forstår, verdsetter og utøver samisk tenkning, verdier, historie og hverdagsliv. Tilnærmingen muliggjør at fagpersoner og pasienter kommer i aktiv posisjon til hverandre, og dermed kan samhandle om tjenestene. Omgivelsene og aktiviteter tas aktivt i bruk og tilpasses pasientens og hans/hennes families behov og forutsetninger. En slik kunnskaps- og urfolksbasert tilnærming kan også forstås som helsefremmende og kulturtilpasset behandling som fremmer brukermedvirkning for samiske pasienter. Denne studien har dokumentert en praksis som faller utenfor den mer tradisjonelle behandlingen i den norske spesialisthelsetjenesten, og viser at et skifte i rutiner og prosedyrer er helt avgjørende for å fremme brukermedvirkning mellom parter som samarbeider i psykiske helsetjenester, innenfor en samisk kontekst. Fremtidens helsetjenester, ikke bare for den samiske befolkningen, kan finne svar innenfor urfolkskunnskapen og dens tilnærming til retningslinjer, utdanning og praksiser. Den kulturelle kompetansen til fagfolkene ligger i deres utøvelse av en praksis, tilpasset konteksten pasienten lever og virker i.

Referanser

- Allen, J., Hopper, K., Wexler, L., Kral, M., Rasmus, S., & Nystad, K. (2014). Mapping resilience pathways of Indigenous youth in five circumpolar communities. *Transcultural psychiatry*, 51(5), 601-631. doi.org/10.1177/1363461513497232
- Atkinson, P. & Housley, W. (2003). *Interactionism*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Blix, B. H. (2015). »Something Decent to Wear«: Performances of Being an Insider and an Outsider in Indigenous Research. *Qualitative Inquiry*, 21(2), 175-183. doi.org/10.1177/1077800414542702
- Bongo, B. A. (2012). »Samer snakker ikke om helse og sykdom«. Samisk forståelseshorisont og kommunikasjon om helse og sykdom: en kvalitativ undersøkelse i samisk kultur

- (doktoravhandling). Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag, Universitet i Tromsø.
- Borg, M. (2007). Hverdagslivet gjennom bedringsprosesser ved alvorlig psykisk lidelse (doktoravhandling). Norwegian University of Science and Technology. Faculty of medicine. Department of Public Health and General Practice.
- Borg, M., Karlsson, B., & Kim, H. S. (2009). User involvement in community mental health services—principles and practices. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 16(3), 285-292. doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01370.x
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2).
- Dagsvold, I. (2006). 'In gille huma'. De tause rommene i samtalen: samiske fortellinger om kreft (Master's thesis). Det medisinske fakultet, Institutt for klinisk medisin, Avdeling for sykepleie og helsevitenskap, Universitetet i Tromsø.
- Duolljá, S-E.K. & Gaski, H. (2019). Samisk. Store Norske leksikon.
- Fjord Jensen, J. (1988). Det dobbelte kulturbegreb—den dobbelte bevidsthed. I H. Hauge & H. Hortsbøll (red.): Kulturbegrebets kulturhistorie. Århus Universitetsforlag.
- Fuggeli, P. (2017). Per Fugelli med åpent brev til statsministeren: Hvorfor ble Amundsen justisminister? VG Debatt. <https://www.vg.no/nyheter/meninger/i/xnWdQ/per-fugelli-med-aapent-brev-til-statsministeren-hvorfor-ble-amundsen-justisminister> Lest: 20.09.19.
- Goffman, E. (1981). *Forms of Talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Hastrup, K. (2004). *Kultur: Det fleksible fællesskab*. ISD LLC.
- Helsedirektoratet (2014). Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Rapport, IS-2076.
- Helsedirektoratet (2018). Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling. Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken. Rapport, IS-2748.
- Helsedirektoratet (2019). Psykiske lidelser – voksne. Pakkeforløp. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne> Lest: 20.09.19.
- Hovland, O. J., & Johannessen, B. (2018). Da begynte jeg å skjønne litt av det«. Utvikling av kulturell kompetanse. *Sykepleien Forskning*, <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.73782>
- Hymes D. (1997). Language in society. In C.B. Paulston & G.R. Tucker (Eds.), *The early days of sociolinguistics: Memories and reflections*, (pp.243–5). Dallas: SIL International.
- Javo, C., Rønning, J. A., Heyerdahl, S., & Rudmin, F. W. (2004). Parenting correlates of child behavior problems in a multiethnic community sample of preschool children in northern Norway. *European child & adolescent psychiatry*, 13(1), 8-18.
- Järvensivu, L., Pohjola, A., & Romakkaniemi, M. (2016). Locating Sámi social work in Finland: Meanings produced by social workers in working with Sámi people. *International Social Work*, 59(5), 600-613. doi.org/10.1177/0020872816646817
- Karlsson, B., & Borg, M. (2017). Recovery: tradisjoner, fornyelser og praksiser. Gyldendal akademisk.

- Klausen, R. K. (2016). Relational insight and user involvement in the context of Norwegian community mental health care. A narrative analysis of service users' stories. PhD, UiT Norges arktiske universitet.
- Kristoffersen, R. (1997). Noen sosialantropologiske perspektiver i Yngve Hammerlin og Egil Larsen (red.) «Menneskesyn i teori og praksis» av, Oslo: Ad Notam, 1997.
- Kvernmo, S. (2003). Helse og levekår blant samer i fortid og nåtid. Ottar, Populærvitenskapelig tidsskrift fra Tromsø Museum – Universitetsmuseet, nr. 245.
- Larsson, C-G. (2017). "Vakre er de ikke". Samer har blitt kalt stygge, dumme og illeluktende. Nå skal Norge ta oppgjør med fortiden og den brutale fornorskningstiden. NRK. https://www.nrk.no/sapmi/xl/_vakre-er-de-ikke_-1.13560415 Lest: 20.09.19.
- Levinson S.C. (2002). Activity types and language. I D. Weinberg (Eds.), *Qualitative research methods* (pp. 193–220). Oxford: Blackwell.
- Lewis, M. E., & Myhra, L. L. (2017). Integrated care with indigenous populations: a systematic review of the literature. *Am Indian Alsk Native Ment Health Res*, 24(3), 88-110.
- Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G. F., & Måseide, P. (2016). User participation in district psychiatry. The social construction of 'users' in handovers and meetings. *Nursing inquiry*, 23(2), 169-177.
- Mathisen, V. (2017). Brukermedvirkning i distriktpsikiatriske sentre-et interaksjonsteoretisk perspektiv. *Praktisering av« brukermedvirkning» i fellesrom og rapporter*. PhD, UiT Norges arktiske universitet.
- Melbøe, L., Johnsen, B. E., Fredreheim, G. E., & Hansen, K. L. (2016). Situasjonen til samer med funksjonsnedsettelse. Rapport, Nordens Velferdssenter, Stockholm, Sverige. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:927292/FULLTEXT01.pdf> Lest: 10.08.19.
- Meld. St. 19 (2014-2015). Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter. Helse – og omsorgsdepartementet, Norge.
- Mikkelsen, A.K. (2013). Natur og mennesker i det pitesamiske området (Master's thesis). Institutt for lærerutdanning og pedagogikk, fakultet for humanoria, samfunnsvitenskap og lærerutdanning, Universitetet i Tromsø.
- Minde, H. (2005). Fornorskning av samene – hvorfor, hvordan og hvilke følger? *Kautokeino: Galdu čala– tidsskrift for urfolks rettigheter* Nr. 3/2005.
- Minde, G. T., & Nymo, R. I. J. (2016). Open the medical room: how indigenous patients' cultural knowledge appears in the meetings with the health care providers during the rehabilitation process. *International Indigenous Voices in Social Work*, Cambridge Scholars Publishing, Cambridge, UK, 83-100.
- Molloy, L., Lakeman, R., Walker, K. & Lees, D. (2017). Lip service: Public mental health services and the care of Aboriginal and Torres Strait Islander peoples. *Int J Mental Health Nurs*. doi.org/10.1111/inm.12424
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport, Folkehelseinstituttet.
- Måseide, P. (2008). Profesjonar i eit interaksjonistisk perspektiv. I A. Molander & L.I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. 367-385). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nelson, S.E. & Wilson, K. (2017). The mental health of Indigenous peoples in Canada: A critical review of research, *Social Science & Medicine*, 176, 93-112. doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.021

- Nergård, J. I. (2011). Når slutter en koloniprosess? I S. Jentoft, J.I. Nergård & K.A. Rørvik (Eds.): *Hvor går Nord-Norge? Tidsbilder fra en landsdel i forandring*. Stamsund: Orkana Akademisk.
- Nergård, R. J. M. (2017). *Psykiske helsearbeideres erfaringer med å inneha samisk språk- og kulturforståelse i møte med samiske pasienter* (Master's thesis). Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse – og omsorgsfag. UiT Norges arktiske universitet.
- Ninomiya, M.E.M., Atkinson, D., Brascoupé, S., Firestone, M., Robinson, N., Reading, J., Ziegler, C.P., Maddox, R., & Smylie, J.K. (2017). Effective knowledge translation approaches and practices in Indigenous health research: a systematic review protocol, *Systematic reviews*, 6(1), 34.
- Nymo, R. (2003). *Har løst å kle på sæ kofte, men tør ikkje og vil ikkje*": En studie av forsking, identitet og kropp blant samer i Ofoten og Sør-Troms (Master's thesis). Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse – og omsorgsfag. UiT Norges arktiske universitet.
- Nymo, R. (2007). Den samiske pasientens mangfold-er omsorgsutøveren beredt til møter? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4(1), 33-42.
- Olsen, T. (2007). Nakne knær, syndige klær—en analyse av klesdiskurser blant læstadiansk ungdom. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 7(2).
- Rønning, A.K. (2016). SANKS er der for pasientene og kommunehelsetjenesten. NAPHA. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://www.napha.no/content/20806/SANKS-er-der-for-pasientene-og-kommunehelsetjenesten> Lest: 26.09.2019.
- Sametinget (publisert 13.1.2017, oppdatert 06.6.2018). <https://www.sametinget.no/Om-Sametinget/Bakgrunn/Historikk> Lest: 20.09.2019.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Southcentral Foundation Nuka System of Care. Lest: 01.10.2019 fra <https://scfnuka.com/>
- Statistisk sentralbyrå (2018). Samiske forhold. <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/samisk> Lest: 29.09.2019.
- Storm, M., Rennesund, Å. B., Jensen, M. F., & Mikkelsen, A. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aarre, T. F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ødemark, J. (2000). Den nye kulturhistorien—mellom antropologisk og estetisk kultur. I: *Norveg*, 2, 23-58.